Ospedale Civile S. Maria degli Angeli

PORDENONE

RELAZIONE

SULL'ESERCIZIO 1927

ARTI GRAFICHE
PORDENONE — 1929

Relazione del Consiglio d'Amministrazione

Chiamati dalla fiducia dell'Ill.mo Sig. Podestà, abbiamo assunto l'Amministrazione dell'Ospedale Civile il giorno 27 Luglio 1927.

Il breve periodo della nostra gestione, non ci consentì di attuare tutto intiero un programma di perfezionamento dell'Ente: ci limitiamo pertanto ad enunciare quello che ci fu possibile fare finora.

Ispirandoci ai moderni concetti sul compito degli Istituti Ospedalieri, fu nostra prima cura portare l'Ospedale alla sua piena efficienza, completando nella misura consentitaci dalle scarse risorse patrimoniali del Pio Istituto, alcune pratiche inerenti ai principali servizi sanitari, già iniziate dai nostri egregi predecessori, quali:

a) l'assunzione, in seguito a pubblici concorsi, dei nuovi primari di Medicina e di Chirurgia, nelle persone dei Signori Dott. Ruggero Botteselle e Prof. Cav. Angelo Spanio;

b) completamento del reparto di Radiologia, diretto dal Dott. Marco Vietti, trasformandolo in un vero e proprio Istituto di radiologia e terapia fisica, in luogo del semplice gabinetto di radiologia;

c) completamento del gabinetto di microscopia, batteriologia e chimica clinica, mediante l'acquisto di nuovi e più perfezionati apparecchi;

d) miglioramento e completamento dell'arredo di sala e di guardaroba.

Nonostante le forti spese incontrate per tali scopi, ci fu possibile, in omaggio alle istruzioni ricevute dalla Superiore Autorità, ridurre alquanto le spese a carico delle pubbliche Amministrazioni, mediante la soppressione delle spese accessorie ripetibili.

Riteniamo di dover attribuire al complesso dei provvedimenti suesposti, ed in particolare modo, alla valentia ed alla fama ognora crescente dei Primari Prof. Angelo Spanio, Dott. Ruggero Botteselle e Dott. Marco Vietti, l'aumento verificatosi nel numero delle presenze, e la diminuzione nella media delle giornate di presenza dei ricoverati di Medicina e di Chirurgia ri-

sultanti dai prospetti riportati nella relazione del Direttore medico Dott. Libero Furlanetto.

Altro avvenimento di notevole importanza, è stata la stipulazione di un contratto di affittanza per 29 anni dei locali che costituiscono l'attuale sede dell'Ospedale, e che continuano a rimanere di proprietà dello Stato.

Consideriamo tale affittanza come una soluzione provvisoria del gravissimo problema, chè la soluzione definitiva può essere ottenuta soltanto mediante il conseguimento della proprietà o, comunque, della libera e perpetua disponibilità degli immobili. Il Consiglio Ospedaliero non lascierà nulla di intentato per raggiungere tale soluzione, di cui però non si nasconde le gravi difficoltà. Esso confida che, mercè il valido appoggio del Comune e delle Autorità politiche, ogni ostacolo potrà venire rimosso, togliendo così il Pio Istituto da una situazione anormale, che forse non ha riscontro in quella di nessun altro Ospedale d'Italia, e pericolosa quanto mai per il suo avvenire. Infatti quasi tutto il patrimonio dell'Ospedale è stato, nel dopo guerra, impiegato in lavori di riparazione e di adattamento dei locali dell'ex Caserma Umberto I, attualmente occupati; così che se, allo scadere dell'affittanza, lo Stato chiedesse la restituzione degli immobili (il che, a termine del vigente contratto, si dovrebbe fare senza compenso) l'Ospedale verrebbe a trovarsi senza sede, e senza patrimonio.

Crediamo nostro dovere segnalare fin d'ora questo grave pericolo, affinchè la Cittadinanza Pordenonese e specialmente le Egregie Persone che reggono le sorti del nostro Comune, e dei Comuni viciniori, ai bisogni delle cui popolazioni l'Ospedale è destinato, diano il massimo appoggio a questa ed alle successive Amministrazioni del Pio Ente per uscire da una situazione che non esitiamo a definire penosa.

Il 10 Maggio 1927 morì il Cav. Antonio Dolfini che da oltre sette anni ricopriva con encomiabile zelo il posto di Segretario economo.

In riconoscimento della sua opera illuminata e fattiva, il Consiglio volle che i funerali avessero luogo a spese dell'Ospedale.

Alla sostituzione si provvide, mediante pubblico concorso, nella persona dei Segretario Sig. Agostino Puiatti.

Durante l'esercizio nulla di notevole nel funzionamento dei servizi Amministrativi e di economato.

Meritano attenzione le spese assai elevate per il riscaldamento, e per l'illuminazione, nonchè per medicinali e presidi chirurgici, dipendenti le due prime dalla speciale conformazione ed ubicazione dei vari fabbricati che comprendono i molteplici servizi Ospedalieri. La riduzione di tali spese nei futuri esercizi formerà oggetto di particolare studio e vigilanza da parte del Consiglio Ospedaliero.

Il funzionamento interno del vari reparti e dell'Istituto di radiologia e terapia fisica, nonchè il servizio di accettazione e guardia medica, sono ampiamente illustrate nelle unite relazioni del Direttore Medico e dei Signori Primari.

9

Il Consiglio nel prendere atto con compiacimento dei risultati in esse esposti, esprime ai sanitari tutti il suo plauso per l'opera svolta con elevato senso del dovere e competenza di maestri.

Uña lode speciale sentiamo pure il dovere di rivolgere al Direttore Dott. Libero Furlanetto, alle Reverende Suore ed al personale di Amministrazione, che sempre, e talora anche con sacrificio personale, ci hanno coadiuvato nell'adempimento del nostro non lieve mandato.

* * *

Concludendo, il Consiglio Ospedaliero ha la convinzione che l'esercizio 1927 ha dato sia moralmente che finanziariamente risultati soddisfacenti, sopratutto se messi in relazione all'attuale attrezzatura dell'Istituto.

Come però abbiamo già detto, esso segna soltanto l'inizio di un periodo di trasformazione. Occorre arrivare ad una formazione Ospitaliera completa, che possa adeguatamente rispondere ai molteplici e complessi bisogni della vasta zona compresa fra il Tagliamento ed il Livenza.

Ed a tal fine è necessario regolare meglio l'importante servizio degli ambulatori, sistemandoli in locali decorosi ed accessibili al pubblico dall'esterno dell'Ospedale, in modo che non ne derivino ostacoli alla disciplina ed al funzionamento dei servizi interni; ed occorre sopratutto non frapporre ulteriori indugi alla costruzione del nuovo padiglione per i tubercolosi.

Attualmente questi malati sono accolti in un edificio sufficientemente isolato, ma che non risponde certamente alle moderne esigenze dell'igiene e della terapia.

E' noto che nel 1924, in occasione del XXV. anniversario dell' incoronazione di S. M. Vittorio Emanuele III., Pordenone si è solennemente impegnata alla costruzione del nuovo Padiglione, affidandone l'incarico ad apposita Commissione presieduta dall'Ill.mo Sig. Podestà, e della quale fa parte il Consiglio Ospedaliero.

Formuliamo l'augurio che la Commissione stessa, assecondando le iniziative del Governo Nazionale nella lotta contro il terribile morbo, affronti decisamente il grave problema e, superando ogni difficoltà amministrativa e finanziaria, metta quando prima l'Ospedale Civile di Pordenone in grado di provvedere anche all'assistenza sanatoriale dei tubercolosi, con larghezza di mezzi, decoro e salubrità di ambiente non inferiori a quelli degli altri reparti.

IL PRESIDENTE
DR. CAV. UFF. ERNESTO COSSETTI

I CONSIGLIERI
CO: ING. ENRICO CATTANEO
LUIGI PERIN
POMPEO PITTER
PIETRO PUPPIN

IL SEGRETARIO
A. PUJATTI

Relazione del Direttore

Non sarà vano che io accenni brevemente e come di sfuggita, a qualche notizia che riguarda il passato non remoto del nostro Ospedale di S. Maria degli Angeli.

Fu merito dell'Illustre Dr. Frattina se il vecchio fabbricato attiguo alla Chiesa del Cristo potè assurgere ad importanza di Ospedale. Di Lui ben altri dissero più degnamente come uomo e come professionista: una intelligenza acutissima ed arguta, un'ottima coltura poste a servizio di un cuore generoso ed ardito, come di buon cavaliere antico.

Nel declino della sua attività, circa 25 anni or sono, anche l'ospedale ne aveva risentito le conseguenze: a rialzarne brillantemente le sorti venne allora in Pordenone, in seguito a regolare concorso, il Chiar.mo Dr. Angelo Valan che doveva prodigare per 23 anni ininterrottamente la sua inesauribile ed intelligente attività di chirurgo, di medico e di Direttore dell'Ospedale. Non solo Egli ha potuto emergere come apprezzato chirurgo, ma il suo nome è legato anche a quello dei Benefattori del Pio Istituto; a Lui sento il dovere d'inviare il mio saluto pieno di ammirazione e di deferenza.

Nel 1919 l'Amministrazione ospedaliera di quel tempo ottenne di trasportare le tende nell'attuale residenza: il vecchio fabbricato già insufficiente dal punto di vista igienico ed edilizio, danneggiato inoltre dalla furia della guerra, fu così abbandonato e l'Istituto fu trasportato in più spirabil aere.

La Caserma di Artiglieria, anch'essa danneggiata durante l'invasione, fu adattata e trasformata dalle varie Amministrazioni ospedaliere, sì che oggi non è eccessivo il dire che nel suo seno palpita un Istituto di studio e di cura del malato, attrezzato secondo le moderne esigenze ospedaliere.

Il merito è di tutte le Amministrazioni, e principalmente (è doveroso riconoscerlo) di quella presieduta dall'Illustre Generale Comm. Umberto Pastore, il cui nome giustamente figura tra i Benefattori dell'Ospedale.

L'Amministrazione in carica dal 1919 al 1921 fece i primi lavori indispensabili di riatto e di adattamento nel padiglione di Medicina ed in quello di Chirurgia in cui fu costruita un'ampia e luminosa sala operatoria, provvide ad una sommaria installazione dei bagni, ad una separazione (in ambienti alla meglio adattati) dei malati bisognosi d'isolamento e in un fabbricato a parte ricoverò i tubercolotici polmonari.

Anche nel vecchio Ospedale di Piazza del Cristo esisteva un ambiente separato per gli affetti da tubercolosi polmonare: è questa una constatazione importante perchè precede la circolare Ministeriale del 1897 contenente le

prime timide disposizioni riguardanti la separazione negli ospedali degli am-
malati affetti da forme di tubercolosi polmonare. Le Amministrazioni succes-
sive si resero tutte benemerite per un programma di adattamento di fabbricati
e per il completamento di quelle opere per le quali l'Istituto andò mano a
mano trasformandosi, aumentando sempre più l'importanza fino a raggiun-
gere il prestigio di cui oggi va meritatamente fiero.

Faccio precedere un sommario cenno descrittivo dei fabbricati compo-
nenti la ex Caserma di artiglieria ora trasformata in Ospedale.

In via Comina quasi di fronte alla Villa Monti sorge il fabbricato di
ingresso detto Palazzina dove sono collocati in uno alla portineria gli Uffici
di Amministrazione e di Direzione, l'alloggio e la mensa dei Medici Assi-
stenti, il deposito dei medicinali, l'alloggio del Cappellano, del portinaio,
l'ufficio della Rev. Superiora, ed al piano superiore l'alloggio delle Rev. Suore
ed un appartamentino che era un tempo destinato al Segretario dell'Ospedale.
Nel sotterraneo c'è la cantina.

Due grandi padiglioni con direzione Est Ovest, divisi da un grande
cortile rettangolare e che risultano posti in un piano parallelo: un fabbricato
fiancheggiante la via Comina (già scuderie) con asse Nord Sud dove è posta
la cucina, ante cucina e depositi di viveri, un dormitorio per infermiere ed
inservienti, vari locali adibiti a legnaia ed all'estremo Sud i locali egregia-
mente adattati del Dispensario Antitubercolare.

Un altro fabbricato parallelo a questo diviso dal cortile in cui è situata
la guardaroba, la lavanderia, la Chiesa e la camera mortuaria con annessa
sala per autopsie.

Accennerò ora sommariamente a quanto è stato fatto per trasformare
questi fabbricati ed adattarli alla meglio alle loro nuove funzioni: l'opera
principale si può dire che consista nella istituzione di una lavanderia completa
con annessa sterilizzatrice degna di stare in qualunque Ospedale importante
della capacità di 200 letti, fornita e installata dalla Ditta Dell'Orto di Milano.

Costruzione del reparto dozzinanti nella Divisione Medica: le stanze
per la loro ampiezza, e per la luce che le innonda e le rende allegre, per il
modo con cui sono arredate, potrebbero figurare benissimo in qualsiasi mo-
derna Casa di cura, dotate come sono anche di acqua corrente calda e fredda
e bene riscaldate nella stagione invernale.

Annesse vi sono le due stanze di chimica clinica e di ricerche batterio-
logiche e sierologiche, attrezzate in modo efficente.

Vi sono due ambienti come studio ed ambulatorio del Medico Primario.

Nel Reparto Medico furono installati gabinetti per il bagno.

PADIGLIONE DI CHIRURGIA - Sorge nel primo fabbricato dei due di
cui si è tenuto parola: si è proceduto alla installazione del riscaldamento a
termosifone del riparto dozzinanti, sale di medicazione e di operazione: si è
proceduto a migliorare le condizioni di riscaldamento della sala operatoria:
a pianterreno furono sistemati i bagni e l'isolamento: la trasformazione del

Gabinetto Radiologico in un vero e completo Istituto di radiologia, di elettro e foto-terapia è oggetto della elaborata relazione del Dr. Vietti.

Altri lavori e adattamenti furono fatti in Sanatorio, ma di quelli mi occuperò più avanti nel capitolo relativo.

* * *

Fu nel gennaio del 1926 che l'Amministrazione del Generale Pastore si compiacque di affidarmi oltre al reparto medico e sanatoriale (ai quali sono stato preposto nel Novembre 1925 e che ho tenuto fino al 31 Maggio 1927) la carica di Direttore dell'Ospedale.

Il posto era stato fino allora coperto dall'Egregio Dott. Angelo Valan Primario chirurgo il quale aveva rinunciato all'onere della Direzione appunto in quei giorni, per dedicare la sua grande attività all'importante reparto di chirurgia di cui Egli con lode e con vera abnegazione reggeva le sorti da tanti anni.

IGIENE GENERALE - Le proposte avanzate alle Amministrazioni Ospedaliere nell'interesse sopratutto dell'Igiene generale dell'Istituto furono sempre favorevolmente accolte.

Fu abolita fino dal 1925 la fossa dei rifiuti e del materiale lurido proveniente dai reparti e dai cortili, fossa che era un'offesa patente alle più elementari regole d'igiene e fu istituito nei primi mesi del 1926 un forno Zambelli per la distruzione di ogni immondizia.

Si è provveduto dall'attuale Amministrazione alla costruzione di un pollaio razionale e di un recinto per togliere dalla libera circolazione nei cortili quei volatili che rappresentavano una stonatura igienica in un luogo di cura in cui le norme salutari devono essere osservate scrupolosamente.

Durante la stagione estiva viene fatta assiduamente la lotta alle mosche con vaporizzazioni di Flit nelle stanze e con irrorazioni di Miafonina Berlese nei cortili e con immissione nelle fogne di petrolio greggio.

SANATORIO - In un padiglione isolato ad un solo piano parallelo al fabbricato della lavanderia e da cui dista circa 20 metri ed è separato da rete metallica e da una siepe di ligustri è situato il Reparto adibito ai malati affetti da tubercolosi polmonare. E' composto di due sale di ritrovo centrali, vi è la cucina, il guardaroba, una stanza per deposito medicinali e presidi vari, un refettorio per uomini, uno per donne, una camera per l'infermiere ed una per la infermiera. Presso la cucina in un angolo appartato vi è un fornello per la bollitura delle stoviglie. A destra di chi entra trovasi l'infermeria donne a cui si accede per un corridoio centrale, composta di due sale capaci di otto letti ciascuna e di cinque camere a tre letti; bagno e lavandini, latrina.

A sinistra trovasi l'infermeria uomini composta di una sala a parte di otto letti e di sei camere ognuna di tre letti, di una stanza per il pneumotorace e per le visite dei ricoverati. Il padiglione è chiuso sul fronte Est e

9

sul lato Sud da mura: al di là della mura posta a mezzogiorno sorge una piccola costruzione in cui è installato il forno Zambelli.

Durante l'Amministrazione del Cav. Uff. Spollaore furono istituiti lavandini e bagni per la pulizia personale degli ammalati e fu isolata la cucina e le stanze di riposo per l'infermiere e la infermiera, i refettori relativi e la stanza ad uso guardaroba: fu adibita una stanza ad uso visite ed operazioni varie (pneumotorace ecc.) e fu dotata di lavabi e rubinetti con acqua corrente. Le stufe malandate furono sostituite con nuove del tipo Becchi con maggiore rendimento di calore e con qualche risparmio di combustibile; furono imbiancate le pareti, verniciate le porte e gli sgabelli e i letti furono ripuliti e verniciati a nuovo.

Si procedette alla bollitura delle stoviglie dei malati che prima venivano solamente lavate e risciacquate nel cortile prospiciente il padiglione con pericolo diretto del personale che accudiva a questa funzione e col risultato di infettare il terreno in cui i malati, il personale ed estranei erano abitualmente costretti a passare.

Fu tolta la lamentata promiscuità dei malati dei due sessi che prima passeggiavano insieme liberamente per il cortile, assegnandone una parte agli uomini e l'altra alle donne. Per i malati furono adottati Ptialofori igienici e moderni ed ogni malato fu fornito di sputacchiera tascabile in vetro con coperchio metallico.

Il padiglione fu dotato di un carrello a ruote di gomma per il trasporto dei malati più gravi dalle singole stanze alla camera di visita e medicazione.

Dall'attuale benemerita Amministrazione, su mia proposta, fu acquistato un carrello portavivande e così è venuto a cessare il trasporto delle vivande dalla cucina al reparto che effettuavasi in forma primitiva con ceste, pentole e bottiglie portate a mano dagli infermieri.

I degenti sono forniti di abiti da sala completi con vantaggio della pulizia ed igiene, rendendo in tale modo possibile anche la disinfezione dei vestiti personali.

Parecchie altre innovazioni igieniche verranno introdotte: da tempo è stato proposto l'acquisto di piatti e scodelle di ferro smaltato numerate in modo che ogni malato potrà usare sempre le stoviglie portanti il numero corrispondente al letto da esso occupato.

L'acquisto di un numero conveniente di sedie a sdraio completa la modesta dotazione di questo riparto: la monotonia della lunga degenza di questi ammalati viene talvolta interrotta da qualche ora di svago procurato da un grammofono e da qualche trattenimento cinematografico: circola fra i malati qualche libro di lettura, buon compagno nelle lunghe ore destinate al riposo. Qualche macchia di verde e di fiori concorre a rendere meno triste il soggiorno nel breve cortile del padiglione. E tutto ciò in attesa che sorga finalmente il fabbricato apposito, dalla Commissione presieduta dal Cav. Uff. Dott. Ernesto Cossetti Presidente dell'Amministrazione Ospedaliera votato ad unanimità in una recente seduta. Il Padiglione porterà l'Augusto nome del

nostro amato Sovrano ed in esso troveranno degno asilo e conforto i nostri ammalati di tubercolosi polmonare.

L'indirizzo curativo è compendiato nel riposo e nel vitto così ricco ed abbondante come in ben pochi ospedali viene somministrato. Tale trattamento dietetico, che se ha un difetto è quello di essere eccessivo, viene integrato da tutte le cure moderne della tubercolosi: a seconda dei casi vengono adottate cure immunizzanti attive e passive, elioterapia, Roentgenterapia, cure chemiotattiche. Le cure sintomatiche sono riservate a seconda che il caso lo richiede e per la maggior parte ai malati senza speranza.

Il pneumotorace artificiale, metodo Forlanini, è stato istituito per la prima volta dal Chiar.mo Prof. Bertelli nel 1924 in un numero piuttosto ristretto di casi bene scelti con esito lusinghiero nell'assoluta maggioranza anche a distanza di tempo. Questo sistema di cura ebbe in seguito, durante la mia direzione come Primario interinale, un largo sviluppo e fu praticato anche in casi gravi. I risultati furono a seconda dello stato dei soggetti, buoni, mediocri, nulli o aleatori.

Ben osserva il Prof. Spanio, nella sua dotta relazione, che i risultati migliori si ottengono nei malati iniziali, o colpiti limitatamente e ad un solo lobo polmonare. Di quì la necessità che questi pazienti siano inviati precocemente all'ospedale per la collassoterapia la quale è in grado di apportare anche la guarigione quando venga istituita tempestivamente e da mano esperta.

Diffondere fra i colleghi e fra i màlati questo principio è opera anche di sana propaganda antitubercolare e dalla sua sistematica applicazione immensi sarebbero i vantaggi che deriverebbero all'umanitâ sofferente, alla Patria ed alla Società.

Nel padiglione allo scopo di ovviare alla promiscuità dei malati di tubercolosi coi degenti degli altri riparti durante la S. Messa e durante le altre funzioni religiose, fu costruito un altare nel grande salone di ingresso in cui il Cappellano dell'Ospedale ogni domenica celebra la Messa.

REPARTO DI MEDICINA. - Ha sede in un grande fabbricato con orientazione Est-Ovest composto di un pianterreno elevato e di un primo piano.

A pianterreno ai lati di un lungo, largo e luminoso corridoio col pavimento in battuto tipo alla veneziana sono disposti lo studio e l'ambulatorio del Primario, i gabinetti di chimica clinica microscopia e batteriologia. N. 2 grandi camere per privati a quattro letti ciascuna; N. 4 camere per agiati capaci ciascuna di due letti. Due altre stanze per usi vari, un salone non ancora adattato ad infermeria capace di 24 letti; N. 2 altri ambienti tuttora disponibili.

Per un comodo scalone si accede al primo piano dove a destra si aprono due grandi sale per gli uomini, ed a sinistra due altre uguali per le donne, della capacità complessiva di 48 letti. Una stanza a tre letti è destinata ai malati gravi. Nello stesso piano trovano posto le latrine, i bagni, una guardaroba ed una cucina.

Lo dirige il Prof. Angelo Spanio coadiuvato dall'Assistente medico Dr. Barbaro.

L'Illustre Prof. Giovanni Bertelli lasciò le sale egregiamente ordinate, sotto ogni riguardo: la disciplina, il buon ordine, la pulizia vi regnavano sovrani. Disciplinato era l'ingresso delle visite dei parenti, si esercitava assidua vigilanza anche nel reparto perchè i pazienti non fossero forniti di bibite e di cibarie: fu quindi facile compito continuare nello stesso indirizzo.

Il Prof. Spanio titolare del posto di Primario di Medicina ha dato notevole incremento alle ricerche di chimica clinica, di batteriologia e sierologia. Il gabinetto apposito che già era provvisto delle cose più necessarie, venne completato ed oggi funziona regolarmente e può essere in grado di assolvere a svariate e importanti ricerche, necessario corredo per lo studio del malato.

Il numero dei degenti, specialmente dei privati ed agiati, è notevolmente aumentato: tutte le stanze del riparto dozzinanti sono quasi sempre in permanenza occupate da malati; frequentatissimo è l'ambulatorio medico.

Dalla relazione particolareggiata che il Prof. Spanio fornisce sull'attività del riparto si possono avere tutti i dati che dimostrano l'importanza assunta da questa divisione.

L'Ill.mo Sig. Presidente ed il Consiglio d'Amministrazione unanime ha accolto con favore la proposta già da tempo avanzata dal Primario di Medicina di istituire con sede nel nostro Ospedale l'Associazione medico-chirurgica ospedaliera di Pordenone e del Circondario.

Alla prima seduta (seduta d'inaugurazione) che ha avuto luogo il 15 Ottobre sono convenuti numerosi colleghi di Pordenone e dintorni: così la nostra Città potrà diventare un centro di attività scientifico professionale nel campo della Medicina e le riunioni gioveranno inoltre all'affiatamento fra i Colleghi, con vantaggio della cultura ed anche (ciò che molto importa) della deontologia. Di questa istituzione che ha sopra gli altri uno scopo culturale va data giusta lode al promotore.

REPARTO DI CHIRURGIA - E' situato in un ampio fabbricato con orientazione Est - Ovest, composto di piano terra e 2 piani.

Al pianterreno, lato ovest, è posto l'Istituto di Radiologia, e seguono: un grande dormitorio per infermiere, ed uno per infermieri: il reparto celtiche; il locale per i bagni; il reparto isolamento difterici e infettivi contagiosi. Nel sotterraneo l'impianto per il riscaldamento.

L'infermeria uomini è al primo piano. Consta di 4 sale comuni da 16 letti ognuna: 3 sale per privati capaci di 6 letti ciascuna; sei camere per agiati con 2 letti ciascuna, una camera per isolamento con tre letti, una stanza per medicazione e chirurgia settica, una piccola cucina, una stanza per esami speciali (cistoscopia ecc.) un piccolo guardaroba e deposito medicinali; latrine per agiati e comuni; 2 camerini per bagni.

L'infermeria donne è al secondo piano e consta di quattro sale per comuni capaci di 16 letti ognuna; una stanza per partorienti comuni con 4

Io non credo necessario fare considerazioni nè commenti, li affido all' eloquenza delle cifre.

E come già dissi nei brevi cenni intorno al funzionamento dell' Istituto Radiologico il Dispensario diede il suo notevole contributo all' incremento delle presenze ospedaliere.

Voglio segnalare alla considerazione di tutti questa importante istituzione verso la quale mi auguro propizia la benevolenza degli On. Amministratori dell' Ospedale.

PERSONALE. — Medici Assistenti: sono in numero di due effettivi: il Dr. Giulio Barbaro Assistente di medicina e fino a pochi giorni fa il Dr. Dionisio Sina in Chirurgia, ora sostituito dal Dr. Della Giustina.

Le molteplici mansioni loro assegnate dal regolamento, il servizio di guardia a giorni alterni, le non infrequenti chiamate notturne, hanno posto in giusto rilievo le loro qualità di attivi professionisti.

L' attuale pianta organica contempla due soli posti di assistenti, uno per la chirurgia, uno per la medicina. E' necessario secondo il mio avviso perchè questo servizio si espleti in modo meno faticoso per gli attuali assistenti e con vantaggio del servizio e del prestigio dell' Ospedale, che il loro numero sia portato a tre. Il nostro è un Ospedale che si avvia alle 170 presenze giornaliere. Solo nel Sanatorio un assistente ha di che essere occupato per tutta la giornata.

Il Sanatorio conta sempre una media che si avvicina alle 50 presenze giornaliere. Il 3° assistente potrebbe anche prestare servizio al Dispensario Antitubercolare, in tal modo l' aggravio che l' Amministrazione ospedaliera dovrebbe sostenere sarebbe di molto ridotto.

Il valore dei sanitari preposti all' Ospedale ha attirato un certo numero di giovani colleghi e di studenti di Medicina desiderosi di istruirsi nello studio del malato sia seguendo le visite e frequentando il gabinetto di chimica clinica e batteriologia del riparto medico, come frequentando le sale e la camera operatoria del reparto Chirurgia.

INFERMIERI. — Come ho già riferito a suo tempo nel reparto chirurgico vi sono adibiti 4 infermieri e 4 infermiere il cui numero è aumentato di un infermiere ed una infermiera, avventizi. Una infermiera ed un infermiere di quelli stabili sono particolarmente provetti nell' assistenza del malato in sala operatoria. Per quanto non sembri a prima vista, per un reparto che conta 65 presenze in media, il loro numero non è eccessivo dato il grande lavoro di sala e il numero notevole di operati fra cui alcuni per gravi interventi, bisognevoli di continua ed ininterrotta assistenza.

In medicina ed in sanatorio sono adibiti complessivamente N. 4 infermieri e N. 4 infermiere stabili ed un infermiere avventizio, e se si considera il numero notevole specialmente di malati affetti da tubercolosi polmonare, non è chi non veda come il loro numero sia appena sufficiente.

Al Gabinetto di chimica clinica e batteriologia è addetta una infermiera inserviente.

Infermieri ed infermiere frequentarono con profitto le lezioni impartite loro la scorsa estate dai Primari dell'Ospedale: Prof. Spanio, Dr. Botteselle, Dr. Vietti, superando lodevolmente la prova d'esame. Abbiamo adunque un personale che è sufficientemente istruito e conscio dell'importanza delle mansioni che è chiamato a disimpegnare.

SUORE. — Il loro numero è di 15 di cui 3 sono con funzioni di dirigenti i servizi di Medicina e tre di Chirurgia di cui una è addetta alla sala operatoria, 2 in Sanatorio colle stesse funzioni di cui sopra.

Una suora è adibita alla distribuzione dei medicinali (specialità), 2 in cucina, 1 in lavanderia ed una in guardaroba.

Presiede alle Rev. Suore la Superiora che ha la sorveglianza generale di tutti i servizi, del personale di assistenza, e dei servizi ausiliari.

Le Rev. Suore costituiscono un personale *di assoluta fiducia* e che attende ai suoi compiti con abnegazione ed intelligenza.

SERVIZIO RELIGIOSO — Nella apposita Chiesetta viene celebrata ogni domenica la Santa Messa dal Cappellano dell'Ospedale il quale passa poi in Sanatorio per celebrare la Messa per quei degenti. Egli disimpegna il suo ministero con zelo.

PORTINERIA. - Vi è adibito un portinaio il quale è chiamato a disimpegnare un lavoro assillante, continuo, un lavoro delicato e che implica un certo grado di responsabilità. Questo lavoro dovrebbe essere distribuito per turno con un altro portinaio.

LAVANDERIA E GUARDAROBA. - E' sorta nell'edificio parallelo a quello situato sulla strada della Comina, a piano terreno.

E' provvista di liscivatrice, tamburo lavatore, vasche per macerazione, idroestrattrice; in un locale attiguo vi è l'asciugatrice a vapore per la cattiva stagione, mentre quando splende il sole e tira il vento la biancheria viene distesa sopra fili metallici nel prato chiuso a rete metallica e che è posto fra i fabbricati di Medicina, Chirurgia e servizi generali.

GUARDAROBA - Le stanze di rammendatura, pieghettatura e stiratura sono poste pure a pianterreno in bei locali ampi e luminosi. Vi sono adibite due ragazze pratiche di rammendo e aggiustatura dirette da una Suora.

CUCINA. - E' installata sulla fronte Est del fabbricato che fiancheggia la strada della Comina. Confeziona il vitto per gli ammalati, per gli assistenti e per medici ammessi alla mensa, per le Rev. Suore e per il personale d'infermeria e di servizio, con soddisfazione di tutti: si tratta di una media di 200 minestre, 200 pietanze, 190 uova, 140 litri di latte, 40 litri di vino ecc. Tutto questo lavoro è disimpegnato da due Suore e da due giovani inservienti.

PERSONALE DELL'ECONOMATO. - E' rappresentato dal Segretario Sig. Agostino Puiatti che è successore del compianto Cav. Antonio Dolfini resosi defunto il 10 Maggio 1927.

Mi sia concesso rivolgere alla Sua memoria un mesto pensiero; Egli ha lasciato il migliore ricordo in tutta la famiglia ospedaliera per le sue doti di mente e di cuore.

Ed un saluto voglio rivolgere al Suo successore apprezzato da tutti per le sue qualità di funzionario attivo ed intelligente, devoto agli interessi dell'Ospedale che amministra. Egli è coadiuvato dal Vice Segretario Sig. Pietro Gaspardo lavoratore indefesso ed intelligente. All'ufficio è annesso anche uno scrivano fattorino nella persona dell' ottimo Sig. Romeo Lagomanzini.

All'Economato oltre che il grande e complesso lavoro d' ufficio di un importante Ospedale, spettano tutti i servizi di approvvigionamento, la manutenzione dei fabbricati, dei viali interni che sono stati abbelliti con filari di pioppi, le adiacenze dei padiglioni rese più allegre con l'impianto di piccole aiuole fiorite, di rosai, di conifere. L'orto situato su due pertiche di terreno lavorato con particolare assiduità ed amore da un solo ortolano coadiuvato saltuariamente da un avventizio.

CONCLUSIONI. - L'esercizlo 1927 segna per l'Ospedale un altro passo in avanti sul cammino della trasformazione e dell'ascesa iniziatasi nel 1926, come ne fa fede il prospetto comparativo delle presenze nel triennio 1925, 1926, 1927 come dai prospetti seguenti:

PROSPETTO COMPARATIVO DELLE PRESENZE NEL TRIENNIO 1925 - 1927

Anno	REPARTO					PERTINENZA					
	Chirur.	Med.	Sanat.	Isolam.	Totale	Comune Pordenone	altri comuni	Stato	Dozzinanti 2. Cl.	Dozzinanti 1. Cl.	Totale
1925	25.260	12.479	8220		45.959	17.656	16.956	1260	8769	1318	45.959
1926	20.478	9392	10.544	251	40.865	10.748	20.033	1019	7647	1418	40.865
1927	22.431	11.517	16.359	466	50.773	15.300	24.270	1117	7859	2227	50.773

PROSPETTO COMPARATIVO DELLA MEDIA DELLE GIORNATE DI DEGENZA PER RICOVERATO NEL TRIEN. 1925 - 1927

Anno	REPARTO	Totale presenze	Totale ricoverati	Media
1925	Chirurgia . . .	25.260	800	31.5
	Medicina . . .	12.479	260	48
	Sanatorio . . .	8220	66	124.7
1926	Chirurgia . . .	20.478	726	28.3
	Medicina . . .	9592	160	60
	Sanatorio . . .	10.544	107	98.05
	Isolamento . . .	251	16	15.6
1927	Chirurgia . . .	22.431	883	25.4
	Medicina . . .	11.517	253	45
	Sanatorio . . .	16.359	134	122
	Isolamento . . .	466	30	15.5

Nel primo semestre 1928 si ebbero nel reparto chirurgia N. 522 ricoverati con N. 13.171 presenze ed una media di 25.2 giornate di degenza, e nel reparto di medicina N. 271 ricoverati con N. 8487 presenze ed una media di 31.3 giornate di degenza.

Chiudo questa mia breve relazione nella speranza di essere riuscito a far rilevare quanto cammino in breve volgere di tempo abbia percorso il nostro Ospedale per arrivare a schierarsi fra gli Istituti moderni che hanno sentito il soffio alacre dei tempi per merito precipuo degli Amministratori passati e presenti, per il valore dei sanitari preposti ai vari reparti coadiuvati dagli assistenti e dalla armonica collaborazione di tutto il personale di Amministrazione, di assistenza diretta ed ausiliaria.

Mi sia concesso inviare a tutti il mio plauso ed ai Preposti il mio deferente saluto.

IL DIRETTORE
DR. LIBERO FURLANETTO

Reparto Medico e Sanatorio

TUBERCOLOSI POLMONARE

	Clinicamente guariti	molto migliorati	migliorati	stazionari	morti	Totale
Tubercolosi polmonare bilaterale a forma ulcero-caseosa cronica . . .	—	—	20	14	20	54
Tubercolosi polmonare bilaterale a forma ulcero-fibrosa cachetizzante . . .	—	—	—	—	22	22
Tubercolosi polmonare unilaterale a forma fibrocaseosa lobare	—	2	18	5	4	29
Tubercolosi polmonare unilaterale limitata all' apice .	6	5	3	—	—	14
Tubercolosi polmonare a forma ulcero-fibrosa limitata ad un lobo polmonare od a un solo polmone . .	2	3	25	1	3	34
	8	10	66	20	49	153

Dall'esame della precedente tabella statistica si rileva subito come la grande maggioranza dei malati di tubercolosi ricoverati nel Reparto Sanatorio annesso all'Ospedale Civile di Pordenone sia costituita da forme gravi per l'estensione ormai raggiunta dal processo tubercolare.

Ora, se si pensa che l'invasione del polmone da parte del processo tubercolare avviene, nelle forme ad andamento cronico, come lo dice la parola stessa, con una progressione lenta il cui sviluppo si estende alle volte per lo spazio di numerosi anni, non è chi non formuli spontaneamente la domanda: ma perchè questi disgraziatissimi infermi non vengono prima ricoverati nei reparti sanatoriali Ospedalieri?

Le cause sono molteplici: l'avversione che tutti i malati, anche di altre malattie, provano per il soggiorno in Ospedale; la speranza di trovare nelle numerose specialità che vengono spacciate con lusso di menzognera rèclame, il rimedio infallibile al loro male; la mancanza della più elementare coscienza igienica per cui tossire ed espettorare, qualora non si aggiungono febbri elevate, grave deperimento o risentimenti dolorosi al torace, è una condizione che viene da molti tollerata come la più naturale di questo mondo; la non chiara conoscenza del grave problema della terapia della tubercolosi da parte di alcuni sanitari i quali si illudono di poter curare in famiglia i malati iniziali di tubercolosi polmonare in una classe sociale per la quale la vita in famiglia significa vita di lavoro e spessissimo di fatica e di privazione. Altre volte, purtroppo, il mancato ricovero tempestivo del malato di tubercolosi nei reparti sanatoriali Ospedalieri dipende dall'aver trascurato di fare quelli accertamenti diagnostici, batteriologici e radiologici che spesso sono assolutamente necessari per chiarire la natura di certe forme catarrali dell'apparato respiratorio.

Fino a che si crederà di poter guarire una forma tubercolare, anche la più limitata (e quando una lesione tubercolare è clinicamente diagnosticabile la sua limitatezza è sempre di una grande relatività) con due o tre mesi di cure ricostituenti e anticatarrali, e si concederà il permesso di contrarre matrimonio dopo 5 - 6 mesi di cura a malati già riconosciuti affetti da forme di tubercolosi polmonare aperta, come io ho potuto talvolta constatare, la lotta contro questa terribile malattia rimarrà sterile di risultati.

Quando noi instituiamo in un malato il pneumotorace terapeutico, esigiamo, in generale, che sia continuato per un periodo di almeno due anni. Quali garanzie di maggior efficacia terapeutica danno gli altri metodi di cura per farci dimenticare che anatomicamente il processo tubercolare ha sempre un'evoluzione lentissima e che il silenzio semiologico di un torace non si identifica con la guarigione anatomica?

La mia esperienza in fatto di tubercolosi polmonare mi dimostra chiaramente che la complessità e la gravità del problema della diagnostica e della terapia della tubercolosi polmonare sono tutt'oggi assai male conosciute così nel mondo medico pratico come nella classe, pur tanto benemerita, di quelli che presiedono alla direzione delle istituzioni di previdenza sociale per la lotta antitubercolare.

Non ci si deve accontentare della denuncia dei casi riconosciuti affetti da tubercolosi polmonare: è assolutamente necessario che il malato venga inviato ai reparti ospedalieri specializzati per un più severo accertamento diagnostico (che nella grande maggioranza dei casi potrà essere fatto ambulatoriamente) e per l'indicazione della cura più adatta al caso particolare.

Così pure i malati sospetti inviati per accertamento diagnostico ai dispensari antitubercolari, dovrebbero riportare al loro medico, assieme al risultato delle indagini batteriologiche e radiologiche, anche l'indicazione della cura. Naturalmente i dispensari dovrebbero essere tutti diretti da persone particolarmente competenti in fatto di *tubercolosi polmonare*.

Bisogna guardare in faccia alla situazione senza riguardo per nessuno se si desidera veramente che la lotta antitubercolare dia i frutti che tutti auspichiamo per un avvenire non troppo lontano.

Vien fatto di chiederci, quando si conosca soltanto lontanamente quale sia la diffusione delle malattie tubercolari del polmone, come mai un mezzo terapeutico di così grande efficacia e di così grande utilità anche sociale, come il pneumotorace terapeutico, sia relativamente così poco applicato?

Eppure in una discreta percentuale di casi, tanto più elevata quanto più iniziale è la malattia, il pneumotorace artificiale porta ad una rapida guarigione semiologica con soppressione della contagiosità, con la restituzione al malato di una capacità lavorativa che, talvolta, dopo soli due o tre mesi può essere di almeno il 60 - 70 per cento.

Le ragioni sono queste: I. il pneumotorace artificiale ha ancora i suoi tenaci avversari in un buon numero di medici pratici che non ne conoscono affatto le indicazioni e che da qualche caso disgraziato traggono elementi per un giudizio definitivamente sfavorevole per il metodo stesso.

II. Spesso i malati che dovrebbero fornire la più numerosa casistica per il pneumotorace artificiale e che sono i meno abbienti od i poveri, non hanno denaro per affrontare presso specialisti, diremo così privati, le spese talvolta non indifferenti, di una prima introduzione e dei frequenti rifornimenti ed i municipi, per ragioni indubbiamente inoppugnabili di bilancio, ma certamente molto poco umane, non permettono il ricovero dei malati più o meno iniziali di tubercolosi polmonare negli ospedali dove il pneumotorace potrebbe venire praticato gratuitamente o con una minima spesa a carico del Comune.

III. Mancano presso i dispensari spessissimo le persone tecniche capaci di praticare non solo le prime introduzioni per l'applicazione del pneumotorace artificiale, ma anche semplicemente i rifornimenti ulteriori o nel regolamento di numerosi dispensari è fatto obbligo ai direttori di non occuparsi della cura del tubercolotico cui il dispensario deve soltanto servire per l'accertamento diagnostico.

In tali condizioni la lotta antitubercolare che si dovrebbe svolgere sopratutto in favore della classe meno provvista dalla fortuna perchè la tuber-

colosi colpisce con raddoppiato vigore là dove si soffre, è e sarà sempre soltanto una nobile intenzione.

Rinunciare all'applicazione di un metodo terapeutico che anche nei riguardi della profilassi famigliare può dare i migliori e più rapidi risultati significa non comprendere il problema della lotta antitubercolare.

I pochi malati iniziali di tubercolosi polmonare unilaterale che figurano nella statistica sono stati ricoverati direttamente dal direttore del reparto sanatoriale o dal direttore del dispensario antitubercolare Dott. Furlanetto; i malati che sono stati inviati dai Comuni figurano tutti tra le forme di tubercolosi polmonare avanzata e diffusa.

Su 153 ricoverati ne troviamo ben 76 che appartengono alle forme di tubercolosi più gravemente diffuse ed avanzate: mi pare che queste cifre sono sufficienti a spiegare il perchè della elevata mortalità che figura nella statistica del reparto sanatoriale.

E non è assolutamente il caso di pensare che essa sia sostenuta anche da fattori dipendenti da deficienze inerenti alle condizioni di ubicazione, di edilizia, di trattamento igienico dietetico del reparto sanatoriale dell'Ospedale Civile di Pordenone, in quanto che la percentuale dei miglioramenti e delle guarigioni cliniche ottenute tra i malati di forme leggere o almeno non eccessivamente gravi, può stare alla pari con le cifre delle migliori statistiche sanatoriali a noi note e ci autorizza a considerare il clima della zona dove sorge il padiglione sanatoriale, come favorevole alla cura delle forme di tubercolosi polmonare in quanto esso si è rivelato alla mia esperienza come clima leggermente stimolante così da riuscire ottimo coadiuvante delle cure ricostituenti e di alimentazione delle cure medicamentose e del pneumotorace artificiale, senza gli inconvenienti dei climi eccitanti di montagna o della marina, per cui si può ben dire che tutte le forme di tubercolosi polmonare possono essere curate senza timore di inconvenienti presso l'Ospedale di Pordenone e questa constatazione deve certo essere appresa con un senso di sollievo dalla classe dei malati meno abbienti ai quali non è concesso facilmente il lusso di un soggiorno in sanatori troppo lontani dalla loro abituale residenza.

E non posso tacere, a dimostrazione di quanto ho detto, di tre malati i quali, avendo chiesto ed ottenuto di essere ricoverati in sanatori di montagna dipendenti dalla Croce Rossa Italiana, sono ritornati a noi in condizioni di peggioramento ed hanno successivamente risentito ancora la benefica influenza del nostro clima.

Indubbiamente, per quanto vi siano delle deficienze sopratutto nei riguardi dell'edificio adibito al ricovero dei tubercolosi, è doveroso riconoscere che nel sanatorio dell'Ospedale Civile di Pordenone i malati ricevono un trattamento dal punto di vista igienico - dietetico - medicamentoso veramente soddisfacente e di ciò va data lode sopratutto all'Amministrazione dell'Ospedale che provvede con larghezza di mezzi ad agevolare il compito del medico sanatoriale.

Così, mentre è noto che l'alimentazione è sana ed abbondante, la cura dei tubercolosi è facilitata dalla concessione di usare a favore dei poveri anche di costose specialità di cui la spesa viene assunta dall'Amministrazione Ospedaliera.

Ciò ha reso possibile per esempio la sistematica applicazione in un gran numero di casi di cure endovenose con preparati di calcio e di rame.

Nei riguardi della terapia da noi usata nei confronti dei malati degenti nel reparto sanatoriale, dirò soltanto poche parole non consentendo la natura di questa relazione di diffondermi in particolari d'indole tecnica.

A parte le necessità della cura sintomatica, per ovviare caso per caso, nei limiti delle possibilità mediche, ai sintomi penosi quali le febbri elevate, le tossi ribelli ed emetizzanti, le sudorazioni profuse, le disfagie dolorose, le diaree tossiche, i dolori ecc, noi abbiamo dato largo posto nella terapia alle iniezioni endovenose di calcio.

Non è quì il caso di discutere se la dottrina della demineralizzazione di Robin o della decalcificazione del Ferrier abbiano sicure basi scientifiche nei confronti della tubercolosi polmonare e se veramente la somministrazione di calcio possa riportare uno stato d'equilibrio nel ricambio calcareo e clorurato nel soggetto tubercolotico, mi limiterò a riferire che l'impiego del calcio per via endovenosa la quale toglie l'incertezza dell'assorbimento che grava sull'impiego dei sali di calcio introdotti per os e l'intolleranza dei tessuti di fronte all'uso ipodermico ed endomuscolare, non ha dato con quella notevole frequenza ed evidenza che sarebbero desiderabili per poter trarre conclusioni favorevoli, manifesto vantaggio sullo stato generale od almeno sui sintomi febbre, tosse, escreato, sudori notturni e dispnea. Il calcio endovenoso rese invece preziosi servizi nel trattamento della emottisi.

Abbiamo praticato in genere serie di 20 iniezioni di 10 cc^3 di endocalcio al 10% in giorni alterni, ripetute eventualmente con una pausa di 15 - 20 giorni fra l'una e l'altra serie; posso assicurare di non aver mai dovuto osservare inconvenienti degni di rilievo nè locali nè generali dalla pratica delle iniezioni endovenose di calcio delle quali mi par d'esser sicuro di affermare l'assoluta inocuità, quando siano eseguite con la necessaria lentezza e diligenza.

In generale i malati tollerano bene il trattamento anche se febbricitanti e debilitati.

Certo la mancata constatazione di sensibili miglioramenti con la terapia endocalcica potrebbe imputarsi, per ciò che riguarda la nostra statistica, in gran parte al fatto che i malati da noi trattati erano affetti da forme gravi di tubercolosi, per cui maggiore esperienza è necessaria per giudicare del metodo.

Alla terapia con i sali d'oro di cui ho fatto larga esperienza negli anni scorsi, non ho creduto di dare quest'anno un posto neppure modesto tra le pratiche terapeutiche esperite nel sanatorio.

Buoni risultati sullo stato generale ed in qualche caso sensibile miglio-

ramento della sintomatologia obbiettiva rilevata a carico dell'apparato respiratorio, si sono ottenuti con l'uso delle iniezioni endovenose dei preparati di rame tra i quali abbiamo dato assoluta preferenza al Cuprucian Sereno che si è dimostrato sempre assai bene tollerato nei casi da noi considerati come adatti a questa forma di terapia (lesioni polmonari non troppo estese a carattere non francamente evolutivo, afebbrili o con leggere elevazioni termiche, in condizioni di nutrizione generale e sanguificazione non troppo scadute).

Per le cure d'ordine specifico con la vecchia tubercolina di Koche con i vaccini Martinotti, Bruschettini e Friedmann, per la terapia specifica percutanea con l'Ectebina Merk (pomata che contiene della tubercolina e dei residui bacillari etc.) non si sono avuti quest'anno casi che presentassero l'indicazione favorevole. Dirò, ad ogni modo, che la mia esperienza degli anni precedenti è poco favorevole al metodo di Friedmann del quale ultimo si è già occupato un mio assistente, il Dott. Rassi Barbaro, in una pubblicazione che porta la data del 1927, ma che si riferisce ad una comunicazione fatta alla Società Medico Chirurgica di Belluno nel 1924. Mi propongo invece di esperimentare il più largamente possibile il vaccino Martinotti cui l'Autore ha dedicato lunghi anni di studio e del quale vengono riferiti buoni risultati da Autori molto seri.

Per la proteinoterapia aspecifica ho avuto un campo troppo ristretto di esperienza per parlarne quest'anno, se potrò osservare anche in avvenire certi risultati ottenuti con qualche costanza, non mancherò di farne un cenno nella relazione del prossimo anno.

Il pneumotorace artificiale è stato applicato in 15 malati dei quali sette figurano clinicamente guariti, otto tra i molto migliorati e tre tra i migliorati; è da notare che questa diversa valutazione dei risultati ottenuti con il pneumotorace, se in parte è dovuta al fatto che per particolari condizioni di maggiore o minore pervietà pleurica nei singoli casi, il collasso polmonare ha potuto essere soltanto più o meno parziale, in parte è anche da riferire al tempo più o meno lungo di trattamento cui erano stati sottoposti i vari malati all'epoca della compilazione della presente statistica. Si può con certezza prevedere che, in un avvenire prossimo, alcuni dei molti migliorati ed anche dei migliorati, passeranno a far parte dei clinicamente guariti.

In sei casi il pneumotorace è stato praticato a malati che presentavano lesioni bilaterali naturalmente assai più limitate e presumibilmente a decorso non evolutivo del lato opposto a quello trattato con la collassoterapia; in nessun caso si è constatato aggravamento delle lesioni controlaterali che anzi hanno dimostrato di subire, almeno fino ad ora, una benefica influenza dal trattamento.

In cinque casi si è avuta una reazione liquida della pleura che si è mantenuta, però, in limiti assai bene tollerati.

Ho sottoposto al trattamento col pneumotorace artificiale anche i malati

con lesioni limitate apicali e sottoapicali appartenenti al primo stadio perchè io non condivido affatto l'opinione di quegli Autori che considerano molto benigna la prognosi nei riguardi di questi soggetti a lesioni iniziali e ad evoluzione molto cronica così da rendere superflua a loro giudizio, l'applicazione della collassoterapia.

Certamente, se trattati precocemente, questi malati danno il più forte contributo di guarigioni nelle statistiche dei sanatori, ma a parte il fatto, che anche a detta di Burnand i risultati lontani non sono così brillanti come quelli immediati, per modo che, spesso, dopo qualche tempo dall'interruzione della cura, l'evoluzione riprende; la mia esperienza personale mi dimostra che, sopratutto quando esistono bacilli nell'espettorato, la cicatrizzazione perfetta, anche di minimi focolai ulcerati, è molto lunga e molto laboriosa ed esige almeno un paio d'anni di cura nei casi migliori, mentre d'altra parte alcuni casi di mia osservazione mi dimostrano che, anche dopo anni di cura sanatoriale, la guarigione, già dichiarata completa, non si mostra definitiva.

Da questa dolorosa esperienza scaturisce spontanea l'osservazione che la cura sanatoriale di pochi mesi alla quale vengono sottoposti malati appartenenti alle classi sociali meno abbienti, per le tiranniche esigenze dello stremato bilancio famigliare, ha pochissima, per non dire nessuna probabilità di condurre ad una guarigione stabile per cui, se essa è giustificata per gli abbienti che possono trascorrere periodi di anni in sanatorio, per i poveri non può certamente costituire che un aiuto all'instaurazione della cura pneumotoracica che dovrebbe essere praticata il più presto possibile anche nei casi iniziali.

Nella speranza di arrivare in tempo a praticare la cura pneumotoracica nel più largo numero possibile di malati di tubercolosi io ho anche istituito in accordo con l'On. Amministrazione Ospedaliera un ambulatorio per la cura delle malattie tubercolari dove i poveri appartenenti al Comune di Pordenone vengono curati gratuitamente.

Ripeto a questo riguardo che occorre scuotere la mentalità dei medici e dei profani da un ottimismo sull'evoluzione delle forme iniziali di tubercolosi polmonare che allontana dai metodi di cura più efficaci i malati nel periodo aggredibile e che è assolutamente incomprensibile se si tenga conto dell'esperienza clinica.

Non è la prima volta che mi accade di essere chiamato al letto di malati dal collega curante già riconosciuti con perfetta diagnosi affetti da tubercolosi polmonare limitata ad un solo lato, ai quali non erasi neppur sognato di prospettare come necessaria la terapia col pneumotorace Forlanini. Oh! povera dimenticata gloria Italiana.

MALATTIE ACUTE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Polmonite lobare . . .	8	—	—	4	12
Broncopolmonite acuta .	4	—	—	2	6
Bronchite acuta . . .	7	—	—	—	7
Pertosse	2	—	—	—	2
Empiema metapneumonico .	—	—	1 *	—	1
Pleurite essudativa . .	3	—	—	—	3
	24	—	1	6	31

* Il malato è stato trasferito al reparto chirurgico per esservi operato.

MALATTIE CRONICHE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Catarro bronchiale cronico con enfisema polmonare .	3	3	—	—	6
Esiti di pleurite essudativa .	—	3	—	—	3
Carcinoma del polmone .	—	—	—	1	1
Cancro del laringe . .	—	—	1 *	—	1
	3	6	1	1	11

* Il malato dopo un accurato accertamento diagnostico è stato trasferito al reparto chirurgico.

La precedente statistica dimostra una mortalità notevolmente elevata per la polmonite franca ed acuta e per le forme di bronco polmonite acuta: la ragione di tanti esiti sfavorevoli è da ricercare nel fatto che all'Ospedale vengano inviati soltanto i casi particolarmente gravi di malattia acuta ed in fase già inoltrata della loro evoluzione.

Aggiungasi anche che il maggior numero dei sofferenti di forme acute che consentono il loro ricovero nei reparti ospedalieri, appartiene alla classe

povera della popolazione che si trova, per ragioni di insufficiente igiene, di soprafatticamento e di ipoalimentazione, in condizioni di minore resistenza di fronte alle varie malattie infettive.

Ho usato in alcuni casi di polmonite franca ed acuta la sieroterapia antipneumococcica che mi permetto di affermare, sulla base anche dell'esperienza che ho potuto fare in clientela privata, non dà spesso risultati favorevoli e deve essere usata con prudenza. Non ho esperimentato la cura di Herbert - W Nott con estratti tiroidei e permanganato potassico in soluzione acquosa. Sono convinto che il medico deve attenersi ancora nella cura della polmonite franca acuta alla vecchia terapia sintomatica e non possa a meno di ricordare come mi sia accaduto di trovarmi al letto di un polmonitico con un collega che aveva praticato precocemente il trattamento sieroterapico, ma non aveva prescritto fino al 6 giorno di malattia alcun preparato digitalico che nel caso era indicato.

Nelle polmoniti gravi del vecchio ho avuto buoni risultati dall'associazione dell'adrenalina con la digitalina per via endovenosa.

Tra le forme polmonari decorse nel modo più acuto, una si rivelò dovuta al pneumo-bacillo di Friedlaender, iniziata come una setticemia, dimostrò emocultura positiva nel periodo stazionario con febbre meno elevata che nella polmonite franca, espettorazione abbondante, sanguinolenta e quasi emorragica contenente pneumobacilli; la morte sopravvenne in sei giorni in stato tossi - infettivo.

Nella pertosse ho ottenuto risultati rapidi e veramente definitivi dall'impiego dei vaccini che si dimostrano tutti ottimamente preparati.

Nelle forme di pertosse di vecchia data con complicazione bronco-pneumoniche ho conseguito miglioramenti rapidi e successivamente la guarigione, con l'impiego dei vaccini anticatarrali per le forme broncopolmonari croniche che ho usato largamente in clientela privata.

Così pure nelle forme di catarro bronchiale cronico che, specialmente nell'età matura, si complicano sempre di un grado più o meno notevole di enfisema polmonare, ho ottenuto risultati brillanti con l'impiego del vaccino anticatarrale per le forme broncopolmonari croniche associato alle solite cure balsamiche ed alle applicazioni di raggi ultravioletti. Questa terapia deve essere raccomandata per tutte le forme di catarro bronchiale cronico nelle quali non si debbano sospettare, attraverso ai rilievi semeiologici, lesioni troppo diffuse di distensione alveolare e di alterazione della trama elastica del polmone causate dall'enfisema.

Nella cura delle pleuriti essudative ho impiegato sopratutto il trattamento con i sali di calcio per bocca e per via endovenosa; non ho constatato una sensibile differenza di azione del farmaco in rapporto alla diversa via di introduzione; in genere, e qui mi riferisco più alla mia pratica privata che ai pochi casi curati in ospedale, ho ottenuto un assorbimento abbastanza rapido degli essudati. L'applicazione dei raggi ultravioletti nella fase di decrescenza dell'essudato, ha dimostrato di coadiuvare potentemente il rias-

sorbimento sopratutto in certi casi in cui questo sembrava indugiare eccessivamante nell' ultima fase.

E facendo il paragone fra i pleuritici trattati con applicazione dei raggi ultravioletti e quelli non sottoposti a questa cura, posso affermare sulla mia esperienza che il ripristino delle condizioni normali della pleura nel senso della più completa guarigione semiologica si è avuto molto più frequentemente nei malati che poterono beneficiare della lampada di quarzo.

E che i raggi ultravioletti esercitino veramente un'azione efficace e rapida sulla sierosa pleurica nelle forme di pleurite essudativa acuta è dimostrato anche dal fatto che la loro applicazione porta a miglioramenti talvolta del tutto decisivi anche negli esiti di data per nulla affatto recenti di pleuriti adesive, dove tutte le altre cure tentate non avevano dato che risultati assai parziali.

La terapia con la lampada di quarzo deve essere applicata a mio àvviso, quando il periodo più acuto della malattia è superato e la curva termica va decisamente abbassando.

In qualche caso abbiamo avuto dopo la prima o le prime insolazioni artificiali, reazioni febbrili molto elevate (anche 40° in malati da parecchi giorni apirettici), la sospensione del trattamento per qualche giorno ne ha permesso poi la ripresa senza inconvenienti.

Il caso di cancro del polmone venne ricoverato in ospedale in fase già molto avanzata di sviluppo per cui la diagnosi, di poi controllata radiologicamente, riuscì clinicamente facile; essa è stata confermata al tavolo anatomico. Il caso presentava un particolare interesse a causa di una metastasi del tumore che, localizzata in corrispondenza dal temporale destro, aveva determinata una grave lesione del V° - 7° 8° 9° 10° XI° paio di nervi cranici.

Istologicamente il tumore dimostrò una struttura alveolare.

La fase avanzata del tumore e la metastasi endocranica giustificano perchè non sia stata tentata la terapia Rontgen nel caso riferito.

MALATTIE DELL' APPARATO CIRCOLATORIO

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Miocardite	3	10	3	2	18
Vizi valvolari e scompenso	3	3	3	1	10
Pericardite con epatomegalia ed ascite	—	—	—	1	1
Sclerosi cardiorenale . .	—	1	3	—	4
Endocardite settica lenta maligna	—	—	—	—	—
	6	14	9	4	34

Fra i malati dell'apparato cardiovascolare il caso più interessante è rappresentato dall'endocardite settica lenta maligna nel quale, non ostante la compiutezza del quadro clinico, l'emocultura ripetutamente praticata non permise di individuare alcun germe; la sezione necroscopica confermò pienamente la diagnosi clinica.

In fatto di terapia, ho fatto largo uso dell' ouabaina Arnaud per via endovenosa e posso assicurare che tanto io quanto i miei collaboratori abbiamo potuto osservare nei casi adatti, risultati di gran lunga più brillanti che con ogni altro preparato cardiotonico e cardioregolatore. Tengo a segnalare sopratutto la rapidità con la quale il miocardio risponde all' ouabaina per via endovenosa e la stabilità dei risultati; debbo nello stesso tempo mettere in guardia contro l'uso dell'ouabaina per vie endomuscolare che mi ha dimostrato di dare con eccessiva frequenza fenomeni d'intolleranza locali e generali gravi.

Nei casi di aritmia totale ho usato la Quinicardina che si è dimostrata molto più efficace del solfato di chinidina comune.

MALATTIE DEL MEDIASTINO

Linfogranulama mediastinico: due casi mortali

MALATTIE del SISTEMA NERVOSO CENTRALE e PERIFERICO

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Tumore dell' angolo ponto cerebellare . . .	—	—	—	1	1
Emorragia cerebrale seguita da emiplegia . . .	—	3	—	4	7
Trombosi cerebrale seguita da emiparesi . . .	—	3	1	—	4
Emorragia meningea sottoaracnoidea ed emorragia capsulare con esito in emiparesi spastica destra . .	—	1	—	—	1
Sindromi di irritazione meningo encefalica da elmintiasi	1	—	—	—	1
Sindrome parchinsoniana esito di encefatite epidemica	—	—	1	—	1
Nevrosi da disturbi disendocrinici	2	2	—	—	4
Polineuriti allo stadio irritativo da comuni cause tossiche (alcool e tabacco) .	2	1	—	—	3
	5	10	2	5	22

Molto interessanti nei riguardi etiopatogenetici si presenta il caso di emorragia meningea sottoaracnoidea successivamente complicato da emorragia capsulare con esito in emiparesi spastica: in un giovane di 32 anni non iperteso, con esame obiettivo viscerale negativo, non particolarmente bevitore nè dedito all'abuso d'altri tossici, con anamnesi famigliare e personale del tutto negativa nei riguardi della sifilide, con sierodiagnosi di Wasserman nel liquor e nel sangue negativa, senza precedente morboso alcuno, si instanza improvvisa la sindrome dell'emorragia meningea di cui la diagnosi clinica viene confermata dalla puntura lombare e, mentre il malato migliora e sembra avviato a guarigione, sopravviene l'emorragia capsulare. Ed anche l'esito in emiparesi spastica con notevolissimo miglioramento che continua fortunatamente una marcia progressiva sembra dimostrare come le lesioni vasali non fossero in rapporto con un processo infiammatorio cronico evolvente nell'ambito del sistema nervoso centrale. Il caso farebbe pensare a quelle forme di angiopsatirosi che sembra si possono talvolta mettere in rapporto con modificazioni del sangue forse dovute a disturbi disendocrinici complessi agenti su particolari terreni costituzionali e si collegherebbe a due casi da me descritti di emorragie meningee in soggetti che rivelarono una notevolissima piastrinopenia, se l'esame ematologico non avesse dimostrato l'assenza di particolari deviazioni dalla norma. Il malato in discussione conferma come vi possono essere emorragie meningee in soggetti giovani che si producono apparentemente senza cause apprezzabili come le emorragie nasali così da giustificare l'imaginosa dicitura del Vaquez: epistassi meningee.

Così pure mi sembra interessante di riferire sull'esito della cura tentata nel caso di Parkinson postencefalitico con la spirocheta Duttoni fornita dall'I. S. T. M. La malata, che presentava una sindrome Parkinsoniana moderata, ebbe 5 accessi febbrili in tre dei quali la temperatura raggiunse i 39.5°; subito dopo gli accessi febbrili dimostrò un peggioramento nelle condizioni generali del quale potè rimettersi con molta lentezza; la sindrome ipertonica ipocinetica caratteristica del suo male non risentì neppure il più lieve o passeggero beneficio.

MALATTIE DEL FEGATO E DELLA MILZA

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Epatomegalia e splenomegalia in bevitori senza segni d'insufficenza epatica con dispepsia da gastrite cronica	1	1	—	—	2
Civrosi epatica atrofica . . .	—	1	2	—	3
Calcolosi epatica con colecisti esclusa	—	—	1	—	1
Colecistite non calcolosa . .	2	1	—	—	3
Ittero catarrale	1	—	—	—	1
Cancro del fegato	—	—	—	1	1
Splenomegalia di notevole grado senza epatomegalia con ascite in soggetto con ricerche ematologiche e sierologiche negative .	—	—	1	—	1
	4	3	4	1	12

Il caso più interessante è rappresentato dal malato con notevole splenomegalia (la milza debordava circa quattro dita trasverse dell' arcata costale anche in silenzio respiratorio, dura, liscia, indolente, mobile nel modo caratteristico con i movimenti respiratori), con fegato di dimensioni pressochè normali, con liquido ascitico libero avente i caratteri del trasudato e nel quale tutte le ricerche ematologiche e sierologiche sono risultate negative; l'osservazione radioscopica con pneumoperitoneo non ha rilevato fatti particolari oltre a quelli osservati clinicamente. Il malato che trovasi da due anni in queste condizioni, subisce ogni dieci, quindici giorni la paracentesi con evacuazione in media di 6-8 litri di liquido per volta; egli tollera perfettamente bene il piccolo intervento e conduce, negli intervalli tra una paracentesi e l'altra, vita discretamente attiva e non ha, in genere, particolari sofferenze eccettuati i disturbi che l'eccessiva distensione dell'addome gli procura quando il volume del liquido ha superato i limiti di tollerabilità, mangia con appetito e senza eccessive limitazioni, non presenta alcun dacadimento delle condizioni generali. L'esame delle orine per l' albumina e lo zucchero e per l'eliminazione dell'urea non dimostra nulla di notevole.

Il caso era stato in precedenza anche oggetto di un tentativo operatorio da parte di un noto chirurgo il quale aveva creduto di porre la diagnosi di morbo di Banti, non ostante l'assenza di modificazione della formula emitologica; aperto l'addome, il chirurgo non credette più opportuno di procedere alla splenectonia e praticò invece l'operazione di Talma senza alcun risultato.

A me il malato sembra di particolare interesse per il fatto dell'assoluta mancanza di ripercussione delle alterazioni spleniche ed epatiche sullo stato generale, sul sangue e sul ricambio materiale e mi propongo di seguire ulteriormente l'evoluzione della forma e di riferire più ampiamente in luogo più adatto.

MALATTIE DEI RENI E DELLE VIE URINARIE

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Sclerosi renale . . .	—	—	—	1	1
Ematuria da probabile pionefrosi tubercolare . .	—	—	1 *	—	1
Nefrosi	—	2	—	—	2
Glomerulo nefrite acuta emorragica	—	—	—	2	2
Nefrite parenchimatosa cronica	—	1	1	2	4
Glomerulo nefrite idropigena parcellare	—	2	—	—	2
Calcolosi renale . . .	—	1	—	—	1
Pielonefrite consecutiva ad ipertrofia prostatica inoperabile	—	—	—	1	1
Cistite catarrale . . .	1	—	—	—	1
	1	6	2	6	15

* Il malato è stato trasferito nel reparto chirurgico per le indagini cisto ed ureteroscopiche e per l'eventuale intervento.

Nessuno dei casi sopraelencati è meritevole di particolare illustrazione; dirò soltanto che i malati di rene, quando non abbiano bisogno di particolari indagini cisto ed ureteroscopiche nel qual caso vengono inviati per competenza al Chiarissimo Collega Primario Chirurgo, sono seguiti con frequenti analisi di gabinetto con particolare riguardo all'eliminazione dell'urea nelle orine ed all'azotemia.

MALATTIE DELLO STOMACO E DELL' INTESTINO

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Carcinoma gastrico . .	—	—	1	3	4
Ulcera gastrica . . .	1	—	—	—	1
Ulcera duodenale . .	1	—	—	—	1
Periduodenite e pericolecistite	1	—	—	—	1
Enterocolite catarrale . .	1	—	—	—	1
Dispepsia gastrica atonica in malaria cronica con notevole splenomegalia . .	—	1	—	—	1
Dispepsia gastrica astenica in soggetto cloroanemico	—	1	—	—	1
Gastrosucurrea senza segni clinici e radiologici di ulcus	—	—	1	—	1
Catarro gastrico cronico in arteriosclerotico . .	1	—	—	—	1
Appendicite cronica . .	—	—	1	—	1
Appendicite acuta con ittero	—	—	1	—	1
Tubercolosi intestinale . .	—	—	—	2	2
	5	2	4	5	16

Nessuno dei casi sopraelencati è meritevole di particolare illustrazione; le diagnosi hanno avuto il controllo dell' esame radiologico ed il sussidio dell' esame clinico del succo gastrico e di tutti gli esami speciali (emometria etc.) di volta in volta ritenuti utili.

I due malati di ulcera dello stomaco e del duodeno erano in condizioni da poter essere curati senza intervento chirurgico; e, seguiti per parecchi mesi dopo la loro uscita dall' Ospedale, si mantengono in istato di perfetta guarigione clinica.

MALATTIE INFETTIVE ACUTE

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Reumatismo poliarticolare acuto	5	—	—	—	5
Reumatismo muscolare .	1	—	—	—	1
Febbre reumatica senza localizzazioni	6	—	—	—	6
Tifo addominale . . .	2	—	—	—	2
Febbre tifosimile con sierodiagnosi negativa . .	1	—	—	—	1
Malaria terzana . . .	5	—	—	—	5
Malaria recidiva terzana ed atipica	3	—	—	—	3
Poliartrice settica . .	—	—	1	—	1
Enterocolite a tipo dissenteriforme	10	—	—	—	10
Dissenteria bacillare di bacillo di Flescner . . .	3	—	—	3	6
Gastroenterite infantile acuta	2	—	—	1	3
Polisierosite specifica . .	1	1	3	1	6
Tonsillite pellicolare . .	1	—	—	—	1
	40	1	4	4	49

La notevole mortalità avuta nei casi di dissenteria bacillare da bacillo di Flescner (50 %) è dovuta, oltre che alla gravità della forma ipertossica acuta in qualche caso, anche al fatto del ricovero tardivo dei malati nell'Ospedale.

MALATTIE DEL RICAMBIO

	Guariti	Migliorati	Stazionari	Morti	Totale
Diabete mellito . . .	—	2	—	—	2
Artrite subacuta in uricemico	1	—	—	—	1
Poliartrite gottosa . .	1	—	—	—	1
Artrite cronica deformante .	—	—	2	—	2
	2	2	2	—	6

N. 2 vecchi ricoverati in Ospedale in attesa di passare in casa di Ricovero.

MALATTIE DEL SANGUE

Lieve cloroanemia - 1 caso guarito.
Casi di anafilassi da siero N. 2 seguiti da guarigione.

AVVELENAMENTI

Avvelenamento da chinino - 1 caso seguito da guarigione.

MALATTIE DEGLI ORGANI SESSUALI

Annessite - N. 2 casi passati al reparto chirurgico.
Cancro della mammella e carcinosi metastatica diffusa - N. 1 caso seguito da morte.

TUBERCOLOSI OSSEA

N. 3 malati temporaneamente ricoverati nel reparto medico in attesa di più adatto collocamento.

Il Primario del Reparto Medicina e del Tubercolosario

Prof. A. Spanio

REPARTO CHIRURGICO

QUADRO RIASSUNTIVO MALATI ANNO 1927

	Erano degenti al 1 - 1 - 927	Entrati nel 1927	Totale Ricoverati	Totale morti	Usciti	Sono degenti al 1 - 1 - 928	Mortalità per cento
UOMINI	21	406	427	38	368	21	8.89
DONNE	19	492	511	26	452	33	5.—
TOTALE	40	898	938	64	820	54	6.82

Durante il 1927 furono ricoverati complessivamente nel Reparto Chirurgico 938 malati.

Il numero è ragguardevole, e, come risulta dagli annessi elenchi distribuiti per malattie e per operazioni, comprende le più svariate forme morbose.

Non credo opportuno per ragioni facilmente comprensibili fare raffronti statistici con l'anno precedente, avendo io assunto il servizio quale aiuto chirurgo il 17 Agosto 1926, sebbene con funzioni direttive in causa del prolungarsi dell'assenza per motivi di salute del Titolare Dr. Angelo Valan.

Mi sia concesso, iniziando la relazione del mio primo anno di lavoro, mandare da queste pagine il mio deferente saluto al chiarissimo mio predecessore, il quale senza mai conoscere che sia il riposo di un giorno, dedicò per 23 anni tutta la sua attività in pro dell'Ospedale e l'augurio ch'Egli possa godere a lungo del suo meritato riposo.

Col Marzo 1927 fui nominato Primario interino, e il 30 Novembre, in seguito a concorso, ebbi la nomina ad effettivo.

Tali i motivi che mi impediscono di confrontare in questa relazione l'andamento del Reparto con l'anno antecedente, confronto che avrebbe valore solo nel caso riflettesse l'attività del medesimo chirurgo.

Io voglio considerare il 1927 un anno a parte - dirò così di transizione - perchè mi sono fatta la convinzione, che alcuni malati abbiano pre-

ferito affidarsi al nuovo chirurgo ospedaliero, anzichè portarsi in istituti pubblici o privati nelle città vicine, come purtroppo erano usi di fare, mentre una gran parte, prendendo maggior coraggio, quello che ognuno ha in sè di riserva quando l'acqua arriva alla gola, s'è decisa a togliersi quelle sofferenze da cui era afflitta da lungo tempo e di cui pareva non volesse più liberarsi. Pur operando su soggetti alquanto compromessi, si è potuto avere ugualmente nella maggior parte dei casi il più lusinghiero successo, per alcuni invece l'esito non fu quale si sarebbe desiderato.

E' questa una delle ragioni per cui la mortalità operatoria globale appare relativamente elevata. Dico relativamente appunto per questo: che anche quando dall' intervento chirurgico poco c' era da aspettarsi, ma quel poco solo dal bisturì si poteva ottenere, non mi sono mai rifiutato di operare, quasi ciò fosse per non sminuire quel po' di reputazione, che ognuno ha, e che teme di perdere, perdendo un operato già prima gravissimo.

Così io intendo la nostra missione chirurgica, più bella quanto più irta di difficoltà, più soddisfacente quanto più dura è combattuta una battaglia, che contende e strappa alla morte un operato.

E con essa inizio la relazione, tenendo per guida l' elenco delle malattie non trattate operativamente.

Per lesioni violente sono morti quattro uomini:

Uno in seguito a frattura semplice del femore. La stella che rischiarava e segnalava ai Re Magi la via di Betlemme non fu a lui altrettanto propizia, chè in detta sera, abbagliato dalle vivide luci di un falò cadde a terra rompendosi un femore. Ma era uno strenuo bevitore, cui sopraggiunsero rapidamente un delirio gravissimo ed estese e profonde piaghe da decubito, che fecero esplodere una setticemia; un altro con frattura del torace, della colonna vertebrale e del bacino in seguito ad investimento ferroviario; e due suicidi per colpo di rivoltella al capo.

Fra le infezioni acute due morti per tetano: entrambi ebbero a soccombere poche ore dopo l'accoglimento a neppure 24 ore di distanza dall'esplosione dell'infezione. Si può dire che lasciarono appena il tempo di iniettare grandi dosi di siero curativo per via endovenosa e intrarachidiana.

Si sono dovute registrare quattro morti per gangrena di un arto inferiore: trattavasi sempre di persone in età avanzata; un diabetico, che i parenti preferirono lasciare inoperato e che morì dopo qualche giorno in coma con fatti settici; un altro diabetico entrato già in coma, il terzo pure diabetico ma con vizio cardiaco scompensato ed anarsacatico; la quarta, ateromasica ma in buone condizioni generali, morì improvvisamente di embolia dopo due giorni dall' ingresso: la sera precedente al giorno stabilito per l'amputazione della coscia.

Devo pure lamentare due morti per occlusione intestinale giunti in ospedale in condizioni tali da non consentire alcun intervento.

Anche tra le tubercolosi chirurgiche devonsi registrare tre morti. Erano individui sofferenti da tempo di localizzazioni multiple ossee aperte.

Una bambina morì di meningite, un altro per miliare, il terzo di marasma tubercolare.

Tra le forme ostetriche: un'eclamptica accolta in prima giornata di puerperio decedette poche ore dopo il suo ingresso. L'esplosione eclamptica si era iniziata violenta a casa poco dopo il secondamento, e gli accessi convulsivi si succedevano a intervalli di pochi minuti con durate lunghissime.

In vescica vi furono raccolte con catetere poche goccie di orina fortemente ematica.

A nulla valsero le più svariate somministrazioni medicamentose. Morì in iperpiresia (41.5).

Pure a poche ore dallo sgravio fu accolta quasi esangue per emorragia post-partum una pluripara, a cui non giovò neppure la trasfusione subito praticata di sangue tolto ad un generoso infermiere di reparto, che per essere donatore universale e dotato di una invidiabile costituzione e salute, si presta ogni qualvolta si presenti la necessità.

Tra le forme chirurgiche non operate e guarite meritano di essere ricordate: la ferita prodottasi a scopo suicida da un erbivendolo, il quale dopo essersi piantato fino al manico un pugnale lungo 18 cm. nel IV. spazio intercostale sin. subito all'esterno dell'areola mammaria, visto ch'esso non aveva dato la morte, cercò con vari colpi di martello di piantarlo più profondamente.

La punta si incastrò in un corpo vertebrale e si dovette poi esercitare una notevole forza per l'estrazione fatta a mezzo di una tenaglia e con movimenti di rotazione.

Nessuna alterazione cardio vascolare si ebbe a notare. Non espettorazione ematica, non disturbi di respiro; solo un modico emotorace riassorbitosi spontaneamente in brevi dì, tanto che in quindicesima giornata il paziente ritornò fra le sue ceste d'erba e di frutta a commentare con le clienti il suo caso.

E un altro mancato suicida venne dimesso dopo 20 dì guarito ma colla perdita della funzione dell'O sin. Egli si era sparato un colpo di rivoltella in bocca.

Il proiettile, sfondando il palato duro e la base cranica anteriore, si era fermato in piena sostanza cerebrale del lobo frontale, come risultò alla radiografia, senza aver dato alcun disturbo ad eccezione della lesione del nervo ottico s. La profondità ove si era fermata la pallottola e la tollerabilità da parte del cervello, mi persuasero a non intervenire.

Perduto di vista il giovane non ho più avuto sue notizie.

Numerosi furono i vari casi di cancro accolti ormai in condizioni di inoperabilità.

Tutti, tranne uno che morì di cachessia, furono riportati dopo una degenza più o meno lunga in famiglia, ove i parenti preferirono averli a morire.

In tema di cancro devesi subito rilevare, ch'esso è anche nella zona

di Pordenone assai frequente senza avere predilezione più per un organo che per un altro.

Purtroppo anche qui, come altrove, un buon numero di cancerosi interpella il medico, quando già più nulla c'è da fare. Chiedo venia ai radiologi se, esprimendo il mio modestissimo giudizio, debbo dire che, a parità di condizioni, è oggi ancora preferibile il bisturì alle curie e alla radioterapia. Solo dove il coltello non può più essere usato, accetti il radiologo il doloroso compito di sbarrare la strada per lo fatale andare. Anche se avrà ridotta la corsa ad un passo spedito, si appaghi, e si auguri con noi chirurghi che, negli istituti per lo studio del cancro si trovino presto le cause di questo terribile morbo e il modo per convenientemente guarirne.

* * *

Stavo per scrivere: Passo ora a dare relazione della vera attività chirurgica svolta nell'anno 1927, quella cioè che riguarda gli interventi operatori; come se il compito del chirurgo di fronte alla chirurgia malamente detta comune, minore o addirittura bassa, dovesse essere parimenti comune, minore e non invece altrettanto importante in questa come in quella.

La chirurgia, operativa o no, ha tutta una gamma di casi, che richiedono sagace opera fattiva ed oculata, dove le doti di un chirurgo hanno modo di farsi apprezzare. Non so se valga più quel chirurgo, che restituisce ai famigliari un sinistrato con un bel moncone di amputazione del braccio, o quegli che sa conservare l'arto con una relativa mobilità e possibilità di prensione della mano.

Ringrazio a questo riguardo il collega, di cui non faccio il nome, sicuro di fargli ugualmente cosa gradita, che, avendomi portato un giovanetto con una frattura comminutiva esposta del gomito destro dovuta ad investimento automobilistico, ebbe a dichiararmi, dopo d' avere io affermato non esservi alcuna indicazione di amputazione immediata, di averlo di proposito affidato alle mie cure perchè altrove sarebbe stato illico ed immediate amputato. Il giovinetto uscì col suo arto, con un gomito discretamente mobile ma, per essere stato estesamente distrutto il n. radiale, con la mano cadente. Come accade si può dire quotidianamente, non vidi più questo malato, su cui qualche cosa di utile si sarebbe potuto ancora ottenere con appropriati interventi.

QUADRO RIASSUNTIVO OPERAZIONI ANNO 1927

	Totale	Morti	Guariti	Mortalità per %
UOMINI	212	23	189	10.84
DONNE	307	20	287	6.51
TOTALE OPERATI	519	43	476	8.47

Dall'annesso specchio riassuntivo si nota che sono state praticate 519 operazioni.

Poco sopra ho cercato di dare una spiegazione alla mortalità operatoria.

E' però necessario ch'io giustifichi se pur brevemente i decessi avuti, che più meritano una nota illustrativa.

Tre tracheotomizzati per difterite. Una bambina morì per la forma violentissima a tipo setticoemico, due di broncopolmoniti intercorrente. Non si ebbero più casi di morte, dopo che il reparto difterici venne dotato dell'intubatore cui si ricorse 13 volte su 16 ingressi. In due casi non fu necessario ricorrere all'intubazione, non presentando i piccoli pazienti segni di dispnea grave.

In un caso solo non fu possibile l'intubazione e si dovette praticare la tracheotomia con esito in guarigione. Non mi soffermo per far risaltare quale più grande vantaggio abbia l'intubazione al paragone della tracheotomia; sia dall'atto della semplicità dell'intervento che, ogni assistente riesce tosto a compiere da solo, sia per i risultati, ma più ancora se si consideri dal lato finanziario.

L'intubato ha una degenza infinitamente più breve del tracheotomizzato, ed è meno esposto alle complicanze broncopolmonari tanto facili e gravi in quest'ultimo.

Su 5 interventi d'urgenza per perforazioni gastriche da ulcera figurano quattro morti (mortalità 80 per cento).

E' ormai entrato nel giudizio comune che l'intervento - resezione o gastroenterostomia con sutura dell'ulcera - eseguito nelle prime sei ore dà una buona percentuale di guarigioni, percentuale che si abbassa notevolmente tra le 6 e le 12 ore, per essere addirittura sconsigliato dopo la 12ª ora.

Purtroppo in tutti e cinque i casi che mi si offrirono, offerta invero poco gradita, i segni di perforazione risalivano tutti molto al di là delle 12 ore convenzionali. Ciò nonpertanto ritenni di intervenire ugualmente, e se uno solo fra essi guarì (20 per cento di guarigione) ciò torna a dimostrare che il chirurgo spesse volte deve badare ai successi, anche se questi sono

molto problematici. Una sola vita salvata ci ricompensa delle tante perdute, malgrado i nostri sforzi operatori. Purtroppo si lasciano ancora agonizzare senza intervento questi peritonitici, morfinizzati a dismisura, perchè sono intrasportabili, sono troppo gravi, non resistono, perchè non c' è nulla da tentare.

Ed uno di questi morì in ottava giornata dopo un decorso dei più lusinghieri, improvvisamente di notte per gastrorragia. Il malato, che era stato tenuto esclusivamente a latte, eludendo la vigilanza dell'infermiere di notturna, aveva trangugiato un arancio di cui si trovarono le buccie tra le coltri e all'autopsia gli spicchi per nulla masticati nello stomaco ripieno di sangue, proveniente da un punto del bordo di sutura del moncone di resezione.

Tre morti ebbi in operati di resezione intestinale. Una donna decedette a tre mesi di distanza per recidiva di cancro del colon ascendente, un'altra di peritonite, il terzo di shoch dopo 32 ore. Questo caso merita una breve esposizione.

C. D. di anni 39 bracciante. Da una quindicina d'anni sofferente di dolori intestinali a tipo colico con vomito e fenomeni di occlusione completa, che duravano 3, 4 giorni, insorgenti ogni 2 o tre mesi.

Da un anno tali coliche erano pressochè settimanali, così da stremarlo di forze e da farlo notevolmente dimagrare. Non sa dire se ebbe mai scariche con sangue. Da tre dì alvo chiuso ai gas e alle feci, vomito ripetuto. Come al solito prese inutilmente svariati purganti. Il dolore è stato violento nella prima giornata, indi s'è alquanto attenuato. Individuo emaciato, pallido, terreo, faccia filata, lingua secca.

Polso 80 ritmico, fiacco, temperatura 36,6, addome modicamente espanso sul mesogastrio. Lieve la difesa delle pareti. Esiste dolore alla palpazione solo all'epigastrio verso sinistra, ove nulla di definito si apprezza, come pure negativa è la palpazione sul resto dell'addome. Alla percussione timpanismo in regione mesogastrica, smorzamento marcato ai quadranti inferiori.

Aia di ottusità epatica conservata. Stomaco vuoto al sondaggio. Negativa l'esplorazione rettale. L'aspetto del ventre, la mancata distensione laterale, il sollevamento mesogastrico mi fanno ritenere trattarsi di occlusione alta del tenue.

Operato d'urgenza in etero narcosi. Incisione verticale pararettale destra sotto ombelicale. Aperto il peritoneo assenza di liquido.

Nel piccolo bacino si riscontra una massa mobile, voluminosa, tubolare che viene facilmente sollevata e portata fuori della ferita. Si constata che è il tenue del volume di un grosso salame lungo circa 35 cm. di colorito rossastro, di consistenza pastosa, soda, con pareti succulente ispessite.

Trattasi di un'invaginazione discendente a circa due metri dal ceco, la quale si lascia svaginare con relativa facilità. L'ansa invaginante è di aspetto vitale, mentre quella invaginata è cianotica con endotedio che si esfoglia e con mesentere cosparso di essudati fibrinosi.

Da tutta la superficie trasuda un sanguinaccio. Si riscontra che, questa

ultima ansa invagina a sua volta ancora un buon tratto di ileo. Lo svaginamento è qui pure facile. L'ansa doppiamente invaginata è però compromessa nella sua vitalità assieme ad un buon cuneo di mesentere.

Entro al lume si palpa una massa grossa quasi quanto un uovo di gallina saldata alle pareti. Si pratica la resezione del tratto, che si giudica non più suscettibile di vitalità, procedendo poi alla enteroanastomosi latero-laterale isoperistaltica. Si versa olio canforato in peritoneo e si chiude parzialmente la ferita drenando con garza semplice.

L'intestino asportato è lungo 40 cm.: aperto nella sua lunghezza dimostra su molti punti una mucosa verdastra, necrotica.

All'estremo inferiore dell' ansa invaginata esiste un tumore del volume di un'albicocca, di aspetto vinoso, a cavolfiore, molliccio, piantato su larga base lungo l'inserzione del mesentere. Esso chiude quasi totalmente il lume. Ha i caratteri del polipo intestinale.

Il paziente viene messo a letto con proctoclisi adrenalinizzata. Ma le sue condizioni discrete nelle prime 15 ore, vanno più tardi aggravandosi, e non si riprendono malgrado le iniezioni eccitanti, il ghiaccio al cuore, la fleboclisi e decede dopo 32 ore in collasso.

*
* *

Su 25 appendicectomie eseguite a caldo vanno registrati 4 morti (16 per cento di mortalità).

Credo superfluo esporre quanto da molti si viene ad affermare sulla questione dell'intervento. Si dice cioè che le appendiciti acute vanno operate solo nelle prime 24 ore; dopo quest'ora l'operazione deve essere riservata a quei soli casi, ove fatti di peritonite diffusa avessero a manifestarsi più seriamente. L'esperienza del mio maestro lo ha portato ad un contegno alquanto diverso; ed io, nel lungo periodo di assistentato passato presso di lui, ho dovuto convincermi della bontà dei criteri, improntati, anche su questo capitolo alla più alta praticità, così da mantenermi oggidì sempre un sincero fautore. L'appendicitico acuto va sempre operato in qualunque momento ci venga consegnato, escludendo, s'intende, i casi disperati.

Saper discernere quale possa attendere il raffreddamento e quale avrà invece un peggioramento, non è sempre agevole, se non è spesso arte divinatoria. Si può lasciare alla sera un malato in discrete condizioni e trovare al mattino non già in via di raffreddamento l'appendice, ma tutto il paziente.

" Siccome anche le forme apparentemente più leggere possono trasfor-
" marsi rapidamente in forme gravissime (perforazione), e non di rado anche
" le forme già gangrenose si appalesano con sintomi minimi, ogni paziente
" deve essere sorvegliato continuamente onde poterlo consegnare subito, se
" necessario, al chirurgo „. Sono parole queste del Klemperer.

E perchè di fronte a tali possibilità non consegnare subito, sempre, l'appendicitico al chirurgo senza la clausola del se necessario?

Si muore, dice il mio illustre maestro, di appendicite a caldo; a freddo non si muore.

Si operi dunque tutte, cito, soggiungo io.

Il jucunde sarà diviso poi col malato.

Quasi sempre sono intervenuto a fenomeni conclamati di peritonite diffusa, asportando sempre l'appendice, o gangrenosa, spessissimo perforata, o coperta da essudati fibrino purulenti, o nuotante nel pus, due volte completamente sezionata dal processo gangrenoso. In tutti i casi dove trovai pus, drenai con garza iodoformica, dopo aver detersa la regione dal pus senza arrivare con deliberato proposito a quella accuratezza di toilette da alcuni consigliata. Quando non versai in cavità un paio di diecine di cmc. di olio canforato al 10 %, versai 5-10 cmc. di argento colloidale Zambelletti secondo quanto suggerisce il Solieri. Ed ho constatato che in questi casi, il decorso post-operatorio è stato migliore, e più rapida la cicatrizzazione. In qualche caso la scomparsa della suppurazione si è verificata in 6-7 giorni tanto da permettere di chiudere in ottava-decima giornata la ferita o di togliere ogni drenaggio evitando ai malati le noie di un laparocele.

E' però, a questo riguardo, anche vero che poche volte ho visto, e mi riferisco agli anni trascorsi a Venezia, in qualità di allievo del Giordano, sfiancamenti parietali tali da imporre successivamente un trattamento laparoplastico, grazie al taglio proprio del mio maestro (piccola incisione verticale cutaneo-aponeurotica, dissociazione dei muscoli piccolo obliquo e trasverso per via ottusa e che in rarissimi casi viene nel corso dell'operazione ampliato in alto o in basso col bisturì per essere poi parzialmente rinchiusa).

Nè mi sono mai lasciato vincere dal desiderio di chiudere subito completamente la breccia operatoria, quando constatai l'esistenza di pus, sì come da taluno si va facendo e da quanto risulta dalle statistiche con esiti brillanti.

Quante volte però ci è data occasione di operare nella prima giornata? Ben poche invero. E tra i pochi casi devesi annoverare quello del povero Segretario dell'Ospedale. Il mio illustre maestro Sen. Giordano, chiamato a consulto, accondiscese al mio desiderio di vedere affidato alla sua espertissima mano l'operando.

L'intervento fu immediato, rapidissimo. Si trovò una peritonite diffusa da appendicite gangrenosa con perforazione. In quinta giornata una complicazione broncopolmonare, quando le condizioni addominali non davano più soverchia preoccupazione, ci fece perdere il malato.

Un altro caso letale che stà però all'estremo opposto del precedente è quello che riferisco.

Trattavasi di un giovane ventenne diagnosticato fin dall'inizio un appendicitico, cui tutti i purganti svariati ed immaginabili erano stati propinati, alternati, e come coadiuvanti, a clisteri ed enteroclismi salini, oleosi, sedativi.

Fui chiamato dopo una diecina di giorni a vederlo perchè, ad onta di tutte le cure, non era guarito. Forse gli si voleva far defecare anche l'appendice?

Lo operai due ore dopo la consultazione trovando una diffusa peritonite purulenta di origine appendicolare. Il vermio era gangrenato. Morì emaciato 18 giorni dopo l'intervento.

Certo che gli esiti buoni si hanno quando si opera precocemente.

E' necessario perciò l'ospedalizzazione immediata, ai primi segni del male, non solo; ma è da augurarsi che siano ricoverati anche i casi puramente sospetti di appendicite.

In tal modo sarà tanto di guadagnato da parte delle Amministrazioni comunali, sempre attente a che le spese di spedalità si mantengano ad una cifra ridòtta.

Quando ad un appendicectomizzato si può chiudere il ventre, una dozzina di giornate di degenza sono sufficienti per poterlo dimettere; nel caso contrario si arriva anche ai 30 - 40 giorni di degenza. Ecco che unendo i casi di diagnosi non confermata in ospedale, e presto dimessi, a quelli precocemente operati non si arriva a tante giornate di degenza, quante ne occorrono nel caso contrario.

Devo pure lamentare la morte di un caso di appendicectomia ed isteropessi addominale, e uno di nefro ed isteropessi per gastroplegia post - operatoria ove tutti i rimedi rimasero inefficaci.

* * *

Nel 1919 il mio maestro in una pubblicazione apparsa sulla Riforma Medica ritornava su di un metodo operatorio, molti anni prima suggerito, e sempre da lui usato in casi di appendicite comitante il rene mobile. Il taglio obliquo lombare destro, senza le tante difficoltà da altri lamentate, senza essere generalmente più esteso di quanto sia richiesto per la sola nefropessia, permette, attraverso un occhiello peritoneale praticato verso l'estremo inferiore dell'incisione, di esteriorizzare sufficientemente il ceco e di asportare l'appendice, per procedere successivamente alla fissazione renale col metodo proprio esso pure.

Ho qui avuto occasione di intervenire con tale indicazione 9 volte senza mai trovarmi di fronte a difficoltà, che a taluno sono sembrate acrobatismi, pur riscontrando talvolta appendici retratte, aderenti, del tipo discendente, ed ottenendo esito ottimo in ogni caso.

* * *

Per quanto si riferisce agli interventi sulla colecisti eseguii la sola ectomia 13 volte, associata ad appendicectomia 5, a gastroenterostomia 5, avendo nel complesso tre casi di morte (13.40 % di mortalità).

Una sola volta praticai il trattamento ideale, dopo di aver proceduto anche all'asportazione dell'appendice e l'esito fu veramente ideale.

Devo dichiarare che, o per il timore che un tale procedimento non

debba riuscire o per le condizioni di fatti infiammatori pericolecistici aderenziali riscontrati, ho sempre tenuta l'antica strada del drenaggio.

Ebbi due casi letali in seguito a coledocotomia.

Una donna decedette per shoch. Eravi calcolosi multipla dell'epatico e del coledoco. Attraverso ad una incisione di quest'ultimo riuscii ad asportare tutti i calcoli. Drenai il coledoco e il cistico dopo asportata la colecisti sclerosa e calcolosa.

L'altra donna decedette 20 giorni dopo l'intervento per complicazione pleuritica essudativa ed aggravamento dei fatti angiocolitici preesistenti da tempo. Era stata operata 8 anni prima di colecistectomia in un capoluogo di Provincia Veneta. Qualche mese più tardi divenne itterica persistentemente con feci acoliche, orine picee, con coliche frequenti accompagnate e seguite per parecchi giorni da rialzi febbrili preceduti spesso da brividi.

Esclusa radiologicamente dal Dirigente il gabinetto radiologico dell'Ospedale Dr. Vietti la presenza di calcoli, operai con diagnosi di occlusione del coledoco da aderenze post - operatorie.

Descrivo il reperto dell'intervento, che fu assai laborioso. Incisione in anestesia Eterea previa iniezione di una fiala di M.A.S.S. Incisione obliqua di Sprengel. Il peritoneo parietale è diffusamente aderente sia alla superficie convessa epatica (il viscere è alquanto debordante) sia lungo il bordo anteriore e sotto di esso ai visceri sottostanti, per modo che la messa in luce del campo riesce assai indaginosa per riconoscere e dissociare piloro, duodeno e colon traverso. Ciò fatto, si riesce finalmente a indovinare il margine destro del legamento epatogastrico trasformato in una massa spessa fibrosa, e a riconoscere lo jatus di Winslow, nel quale si può dopo vari tentativi passare l'indice sinistro. Per via ottusa si scolla il tessuto fibroso, nel quale ad un dato momento si ha l'impressione di repertare il coledoco. Assicuratici con una puntura esploratrice (che dà liquido chiaro, filante, giallognolo) della sua esistenza, lo si apre in senso assiale. Ma mentre una sottile sonda può venire spinta fin nel duodeno, essa si arresta nella direzione dell'epatico subito al di sopra dell'incisione, nè con espressione dall'alto si riesce a far defluire bile.

Si incide perciò più in su il tessuto fibroso per un tratto di oltre un centimetro e si cade in una dilatazione del canale, da cui si ha una emissione violenta di bile scurofilante.

Vi si infila un'altra Nèlaton N. 14 e la si lascia a permanenza, non essendo possibile avvicinare in quella ganga sclerosa i monconi del coledoco nè creare tampoco una anastomosi col tubo digerente.

La si fissa perciò ai bordi della ferita parietale in parte drenata con garza iodoformica e in parte rinchiusa, ottenendo una quotidiana abbondantissima eliminazione di bile.

* * *

Doloroso mi fu anche un caso di morte per setticoemia, insorta nove giorni dopo un'uretrotomia interna per stenosi post-blenorragica in un cinquantenne, quando l'individuo stava per essere dimesso guarito dal reparto, e che aveva avuto un decorso normalissimo.

E' il primo caso letale, che devo annoverare nella mia pratica, durante la quale, ne vidi operare ed operai io stesso parecchie volte.

* * *

Anche tra gli operati di prostatectomia ebbi qualche vittima. Ma la percentuale elevatissima di mortalità (20 per cento) risultante dalla esigua statistica di operati (8), sarebbe stata più bassa se mi fossi accontentato di lasciare colla sua fistola ipogastrica un vecchio novantaquattrenne, cui avevo praticato un mese prima la cistostomia sovrapubica per ritenzione acuta da grossa ipertrofia.

Forse mi sono illuso, mi sono lasciato sedurre dalle sue condizioni generali, dal modo così invidiabile col quale aveva tollerato il I. tempo, di poter anche procedere all'enuclazione. In poche ore in 9 giornata dopo un decorso, che nulla aveva avuto di preoccupante, si spense.

Sono sempre ricorso alla anestesia locale: sovrapubica e perineale, usando il Novostasin dell'I.S.M. preceduto da una iniezione di M.A.S.S. Zambelletti, ottenendo sempre perfetta insensibilità. E ad evitare le facili emorragie e per ridurre al minimo il tamponamento della cavità prostatica faccio precedere l'atto operatorio da un'iniezione di Coaguleno Ciba da 20 cm. e da una iniezione endovenosa di cloruro di Ca.

Quasi sempre ho praticato l'ectomia in un tempo solo.

* * *

Casi interessanti anche nel campo ostetrico mi fu dato di osservare nel corso del 1927.

Ebbi a praticare con buon esito il taglio cesareo conservatore in una quintipara di 40 anni per bacino piatto rachitico con 8 cm. di coniugata vera. Nei parti precedenti erasi da altri metodicamente sacrificato il feto, ed ho potuto vedere la gioia infinita di quei due non più giovani genitori orgogliosi di avere finalmente, sia pure, una figlia, ma viva.

La mattina del 29 agosto furono portate a mezz'ora di distanza l'una dall'altra due donne in condizioni gravissime per eclampsia, insorta in entrambe nella notte. Se tra le cause occasionali di questa malattia, che è fra le più temibili nella patologia della gravidanza, si vogliono ascrivere gli improvvisi e forti abbassamenti di temperatura, in questi due casi per la contemporanea insorgenza, tale fattore risalta evidentissimo. La sera precedente

un furioso temporale con grandinate aveva portato una marcata diminuzione di temperatura, che vieppiù si era fatta intensa nella notte così da far sentire in tutti il bisogno di coprirsi più del solito a letto.

Avendo reputato funesto ogni indugio con la sola terapia medica intervenni dapprima nella primipara, ch'era a termine. Praticai, a travaglio già iniziato con dilatazione di 3 cm. con temp. 39, taglio cesareo conservatore sul fondo.

La diagnosi di gravidanza gemellare fu fatta solo all'atto operativo. Estrassi due feti di sesso diverso, vivi e sani. Placenta unica inserta anteriormente bicorio - biamniotica.

La donna in serata decedette con temp. 41.

Per l'altra, pluripara, al VII. mese di gravidanza a collo chiuso ricorsi al parto forzato con dilatatore Merletti estraendo un feto morto. Purtroppo ciò malgrado e ad onta del trattamento medico (cloralio, morfina, veratro, acquavite alemanna, clistere salino) dovetti riconoscere l'inanità degli sforzi per salvarla. Morì il mattino successivo.

Ho dovuto procedere al raschiamento per aborto incompleto 27 volte. Tale cifra è ragguardevole se si mette a raffronto cogli altri interventi ostetrici.

Ma anche da sola è una cifra che dà da pensare.

Perchè, devesi considerare che non tutti gli aborti, che si verificano nel Pordenonese, vengono inviati all'Ospedale. Un discreto numero di donne abortisce senza assistenza, un altro gruppo ricorre all'aiuto delle mammane, certe si affidano al medico condotto, a quello di casa, quando non chiamino a domicilio qualche medico versato per fama nella specialità.

Che il lavoro, cui sono addette le operaie degli stabilimenti locali, (è in questa categoria di donne che ho notato il maggior numero di aborti) contribuisca a determinare talvolta l'interruzione della gravidanza, lo si deve riconoscere; ma per tutte le altre? C'è anche uno stato civile qualche volta, che ha bisogno di essere salvaguardato, e allora si trova il modo di rispettarlo ad onta delle misure imposte dalla legge.

Benvenuta sia in ogni modo la disposizione governativa, che impone alle levatrici di chiamare il medico, ogni qualvolta si verifichino incidenti nella gravidanza, e ai medici di denunciare sempre al Medico provinciale ogni caso di interruzione di gestazione.

Il medico e la levatrice coscienziosi non si preoccuperanno affatto di simile obbligo, quelli meno scrupolosi o condiscendenti useranno un po' più di prudenza e di oculatezza in pratiche poco pulite.

Poche parole ora sul comportamento tenuto nei 5 casi di placenta previa avuta in reparto.

Argomento vecchio questo, ma che riveste sempre notevole importanza nella pratica ostetrica.

Taglio cesareo od operazioni vaginali?

Se avessi voluto badare più alla mia indole chirurgica, che a quella

ostetrica avrei abusato di un intervento operatorio, che generalmente gli ostetrici attuano in rare circostanze,

Ma mi sono ogni volta ricordato della calma paziente, che in simili contingenze il prof. Truzzi soleva avere e trasmetteva in noi suoi assistenti. Ed è così che, a tempo opportuno, ricorsi più volentieri al parto forzato col dilatatore Merletti seguito dall'estrazione manuale del feto sempre con esito favorevole sia per la madre che per il feto, tranne nei due casi in cui la gravidanza aveva raggiunto il settimo mese.

In questi la placenta era previa centrale, l'emorragia si era iniziata già da 24 ore.

Il distacco placentare esteso (eravi dilatazione di 4-5 cm.) aveva portato a gravi sofferenze tanto più sensibili data la prematurità dei feti che vennero estratti morti.

* * *

Di alcuni casi di chirurgia Generale desidero ora dare una succinta relazione :

1\. - Appendicite acuta da ascaridi. Ragazza diciannovenne casalinga, sempre gracile e anemica, malata da 15 giorni con dolori alla fossa ileo cecale e vomito nei primi giorni. Sempre subfebbrile. In sede cecale si palpa un intasamento pastoso, doloroso, non mobile come a salame. Si trovano il ceco e l'ultima ansa del tenue distesi da molti elminti, alcuni dei quali stanno a cavalcioni della valvola ileo - cecale. Uno grosso è per circa 4 cm. entro il lume del vermio, ch'è biancastro lungo circa 12 cm. con sottili pareti con nel 1/3 terminale un rosario di piccoli copriliti.

L'elminto viene fatto scorrere per espressione nel ceco per poter procedere alla appendicectomia.

Viene somministrato un vermifugo in quinta giornata e si ottiene l'eliminazione di 25 elminti. *Guarigione.*

Tipico caso questo di appendicite da ascaridi da considerare tra quelli in cui il processo vermiforme è il magazzino serbatoio delle ova e la causa persistente dei disturbi.

2\. - Strozzamento diverticolare del tenue in sacco erniario crurale sinistro.

Donna di 44 anni portatrice di cinto da 9 anni.

Il contenuto erniario più voluminoso del solito da 24 ore, è doloroso. Alvo aperto, non vomito. Intervento d'urgenza in anestesia locale non essendo riducibile il contenuto erniario.

Appare un sacco sottile, teso, elastico; per trasparenza si intravede il contenuto di color rosso vinoso; aperto, lascia uscire siero sangue.

Esso contiene una massa di color scuro vinoso, molliccia, delle dimensioni di un pollice di adulto, sormontato a guisa di cimiero da un lembo di

tessuto rosso giallastro, il quale assottigliandosi a cordoncino decorre lungo la massa alla quale è unito intimamente. A tutta prima si riceve l'impressione che si tratti di una tuba estremamente grossa.

Dilatato il colletto ed esteriorizzata anche la parte intraddominale di tale massa, si nota che quella è un'ansa di tenue e questa (la parte strozzata) un diverticolo lungo 4 cm. pieno di feci liquide, la cui base ristretta dal cingolo erniario è piantata sulla faccia intestinale opposta al mesentere e comunicante a pieno canale coll'ileo.

Esso è accompagnato da un rudimentale meso, il quale è fornito di un vaso arterioso ben riconoscibile, proveniente da un ramo mesenterico. Si lega il meso originato dal mesentere stesso, e si pratica l'amputazione del diverticolo suturando la breccia intestinale su tre piani di catgut in senso trasverso. In tal modo il lume non viene a patire alcun restringimento.

Essendosi avuto un po' di spandimento di materiale intestinale pulisco il campo con etere, riduco l'intestino entro il cavo addominale e lascio a contatto della sutura un drenaggio di garza iodoformica, rimandando la cura radicale alla Novaro in II. tempo, che eseguo in sesta giornata quando cioè fui ben sicuro della asetticità peritoneale. In diciassettesima giornata la paziente fu dimessa guarita.

3. - Atresia ani cum fistula vulvaris navicularis. Tale vizio di conformazione congenita ebbi in una bambina di 9 anni, che operai con esito ottimo, avendo potuto trasportare con incisione perineale mediana l'estremo intestinale in sede anatomica, allogandolo tra gli sfinteri che si dimostrarono in seguito continenti.

Coesisteva altra malformazione a carico degli organi genitali: uterus duplex bicorne con vagina duplice.

4. - Altro vizio di conformazione congenita dei genitali presentava una sposa, che venne accolta per metrorragia post-abortiva. Tale malformazione era dalla paziente ignorata.

Trattavasi di duplicità della vagina non accompagnata da analoghe anomalie di sviluppo dell'utero. L'utero era unico con collo piccolo, esile, aperto in tutta vicinanza del setto mediano. La vagina non in rapporto col collo uterino era più piccola, così da non permettere il passaggio all'organo maschile; solo era permeabile all'indice esploratore, il suo fondo era completamente chiuso.

Questa anomalia torna a sostegno dell'affermazione del Marschand; che cioè possono riscontrarsi vagine duplici da arresto di sviluppo con un utero unico, e che è insostenibile il concetto, che queste si formino secondariamente da una vagina unica in seguito a processi infiammatori e adesivi embrionali, come sostiene il Nagel.

5. - Degno di speciale menzione è anche il caso di un bambino seienne affetto da torcicollo congenito destro, che operai di mioplastica alla Rowlands

con esito ottimo. Scelsi tale metodo, chè esso mi parve dovesse corrispondere meglio degli altri numerosi proposti per questa infermità. Semplice anche la tecnica.

Incisione ad L rovesciato di cui il braccio lungo segue il margine interno del tendine sternale dello sterno cleido mastoideo e quello orizzontale il margine superiore clavicolare. Sezione del tendine sternale sul piano osseo e del tendine clavicolare a 1 cm. dall'unione muscolare. Il capo sternale prossimale è raffronto e suturato al capo clavicolare distale.

Subito si può constatare che i movimenti passivi del capo sono completi. Il bambino viene dimesso dopo 25 giorni con movimenti attivi perfetti.

6. - Ma più d'ogni altro interessante è il caso presentato da un contadino di 59 anni. Viene all'ambulatorio alla fine dell'agosto e narra che è malato dai primi dì del maggio. Iniziò con dolori all'emimandibola destra, con tumefazione della guancia e regione sottomascellare.

Gli fu facile togliersi un dente cariato e vacillante, pare un premolare. A tali disturbi si aggiunse una abbondante piorrea. Il medico interpellato strappò un secondo dente. I disturbi non mutarono, per cui dopo vari giorni venne inviato ad un medico primario ospedaliero non di Pordenone per consulto.

Questi richiese un esame radiologico al suo collega ospedaliero specialista. Il malato non conobbe il giudizio diagnostico emesso.

Dopo un paio di giorni aumentò il dolore lungo il bordo alveolare, e il malato si estrasse una piccola scheggia ossea che diede un notevole miglioramento, ma che fu però assai fugace.

Infatti il 1º Giugno, come da consiglio avuto alla prima visita, ritorna dall'internista pressocchè nelle condizioni precedenti. Fu emessa diagnosi di cancro e fu subito sottoposto a tre sedute di radioterapia. Non risentì alcun beneficio.

I parenti, per consiglio del medico condotto, lo condussero in un Istituto per la cura del cancro della bocca e della pelle esistente in una città fuori del Veneto, ove rimase 17 giorni, e dove fu trattato, disse, con Raggi e con una operazione alla regione sottomascellare. Ritornò a casa in peggiori condizioni. Al figlio fu detto trattarsi di un cancro inguaribile e che il paziente sarebbe vissuto tutto al più qualche mese.

Obbiettivamente riscontro: Individuo pallido, piuttosto denutrito, preoccupatissimo. Constato cicatrice lineare in sede sottomascellare destra e parallela al margine della mandibola, lunga circa cm. 5. La loggia è vuota. Guancia tumida, assenza assoluta di gangli cervicali. Mancano i denti molari e premolari destri inf. Il bordo gengivale su questo tratto, e non oltre, è irregolare, ha granulazioni rosso vinose, sanguinanti, anfrattuose, non neoplastico, ricoperte da pus copioso, che fuori esce, sia spontaneamente, sia premendo lungo il mascellare. Con uno specillo si percorre un ampio tratto osseo scoperto, che sembra alquanto mobile. Mando al Radiologo Dr. Vietti il malato

con la diagnosi di: osteite necrotica da carie dentaria, ed egli conferma la esistenza di un voluminoso sequestro. Il paziente non accetta di restare in ospedale per una completa demolizione, per cui lo devo lasciare andar a casa, dopo avergli ambulatoriamente asportato un sequestro del volume di mezza noce il 5 settembre. Gli pratico nello stesso tempo una controapertura sottomascellare per meglio impedire il ristagno purulento. Ritorna alla fine del mese assai detumefatto, con scarsa suppurazione, con riduzione notevole della congestione gengivale, ma con il mascellare denudato tutto intorno dal periostio per un tratto di 4 cm. Al mio consiglio di intervento aderisce solo a mezzo del mese di ottobre, talchè posso finalmente operarlo il 15 in eteronarcosi. Incisione parallela al margine inferiore mandibolare fino a un centimetro dietro l'angolo. Vengono asportati vari grossi sequestri erosi, mobili e colla Lüer resecato il moncone orizzontale al livello del canino e la branca ascendente subito sopra l'angolo.

Il 29 successivo, persistendo la suppurazione e la tendenza alla diffusione necrotica alla branca ascendente, disarticolo ed asporto anche questa, dopo averla afferrata per la breccia esistente, con grossa pinza da ossa.

Dimetto notevolmente migliorato il paziente il 5 novembre, per essere curato ambulatoriamente.

Dopo un paio di mesi egli è guarito e rimesso completamente, così da attendere sereno, e, dice lui, rinato al lavoro dei campi.

LESIONI VIOLENTE

		Guarigione	Morte
Ferite	da taglio	13	—
	da arma da fuoco	1	2
	lacere - contuse	29	—
	oculari	1	—
Fratture	cranio	4	—
	braccio	6	—
	avambraccio	4	—
	gomito	3	—
	polso	3	—
	coscia	9	1
	gamba	10	—
	malleoli	6	—
	costali	6	—
Fratture multiple (investimento ferroviario)		—	1
Lussazioni		5	—
Contusioni		13	—

INFEZIONI ACUTE

		Guarigione	Morte
Setticoemie		—	1
Tetano		2	—
Flemmoni		15	—
Ascessi		10	—
Periostiti		3	—
Tonsilliti		7	—
Difteriti		2	—
Mastiti		1	—
Infezioni puerperali		4	—
Tubercolosi Chirurgiche	Ascesso freddo	2	—
	Morbo di Pott	8	—
	Adenite	2	—
	Artrite	7	1
	Periostite - Osteite	7	2
	Peritonite	3	—
Malattie oculari		4	—
Otite acuta		1	—
Organi genitali femminili	Metriti	5	—
	Endometriti	7	—
	Annessiti	12	—

			Guarigione	Morte
Parti Eutocici			18	—
Eclampsia in puerperio			—	1
Emorragia post-partum			—	1
Entrate in puerperio normale			2	—
Polidramnios			1	—
Malattie Celtiche	Sifilide		4	—
	Infezioni gonococciche		9	—
	Ulceri veneree		2	—
Malattie genito-urinarie	Pielonefriti		6	—
	Cistiti		3	—
	Prostatiti		3	—
	Orchiti traumatiche		2	—
Idrocefalo congenito			1	—
Ascesso polmonare			1	—
Occlusioni intestinali			—	2
Pseudo occlusioni intestinali			2	—
Coliche addominali da ascaridi			5	—
Coliti			5	—
Gangrene arti inferiori			1	4
Piede torto congenito			1	—
Neoplasie inoperabili	Fegato	dimessi stazionari o peggiorati	1	—
	Utero		3	—
	Stomaco		3	1
	Intestino		2	—
	Rene		1	—
	Ossee		3	—
Malattie della pelle	Piodermiti		2	—
	Scabbia		5	—
	Tigna		3	—
	Exemi		1	1
	Scottature		7	—
	Ulceri croniche		7	—
Passati in reparto Medico perchè affetti di forme mediche fin dall'inizio			15	—
Malattie varie non elencate			30	—

OSTETRICIA

		FETO		MADRE	
		Vivi	Morti	Guarig.	Morte
Tagli cesarei conservatori	per eclampsia (grav. gemel.)	2	—	—	1
	per bacino viziato	1	--	1	—
Salpingectomie per gravidanza tubarica, ovarica		—	—	4	—
Raschiamenti	per aborti	—	—	27	—
	per mola vescicolare	—	—	1	—
Applicazione di forcipe		3	—	3	—
Rivolgimenti		—	1	1	—
Parto forzato per	placenta previa	3	2*	5	—
	eclampsia	—	1	—	1
Estrazioni manuali podaliche		1	—	1	—
Craniotomie		—	1	1	—

* Feti morti perchè prematuri.

CHIRURGIA OPERATIVA GENERALE

		Guarigione	Morte
Cancro linguale - labbiale		2	—
Capo	Operazioni per fratture craniche	2	—
	Operazioni sulla mastoide	6	—
	Enucleazioni bulbo oc.	1	—
	Vizi congeniti labiali e del palato	3	—
Tonsillectomie		3	—
Torcicollo congenito (mioplastica alla Rowlands)		1	—
Collo	Operazioni sulla tiroide	5	—
	Operazioni per fistole branchiali congenite	3	—
	Intubazioni laringee per difterite	13	—
	Tracheotomie per difterite	8	3
	idem per neoplasma laringeo stenosante	1	1
Torace	Costotomie per empiemi - ascessi polmonari	7	3
	Toracectomie	1	—
	Amputazioni mammella e svuotamento ascellare	8	—
	Operazioni sulla mammella per tumori benigni	2	—

				Guarigione	Morte
Tubo digerente	Gastroenterostomie			24	1
Tubo digerente	Resezioni per ulceri gastriche			3	1
Tubo digerente	Perforazioni gastriche			1	4
Tubo digerente	Gastroenterostomia	appendicectomia		5	—
Tubo digerente	Gastroenterostomia	colecistectomia		5	—
Tubo digerente	Gastroenterostomia	epatopessie e nefropessie		4	1
Tubo digerente	Enterorrafie			1	1
Tubo digerente	Resezioni intestinali			—	3
Tubo digerente	Appendicectomie	a caldo		21	4
Tubo digerente	Appendicectomie	a freddo		40	—
Tubo digerente	Appendicectomie e	Ernia inguinale		1	—
Tubo digerente	Appendicectomie e	Annessiectomie		6	—
Tubo digerente	Appendicectomie e	Isterectomia totale		1	1
Tubo digerente	Appendicectomie e	Colecistectomia		4	1
Tubo digerente	Appendicectomie e	Nefropessia		9	—
Tubo digerente	Appendicectomie e	Isteropessia		7	1
Tubo digerente	Ano artificiale permanente			1	—
Tubo digerente	Atresia ani con fistola ano-vulvare			1	—
Tubo digerente	Ragadi anali, emorroidi, fistole anali			15	—
Fegato	Colecistectomie			11	2
Fegato	Coledocotomie			1	2
Fegato	Epatotomie per ascesso			2	—
Milza	Splenectomia			1	—
Ernie	Inguinali	Libere	Bilaterali	16	—
Ernie	Inguinali	Libere	Unilaterali	28	—
Ernie	Inguinali	Strozzate		4	1
Ernie	Crurali	Libere		5	—
Ernie	Crurali	Strozzate		6	—
Ernie	Inguinali e	Idrocele - cisti funicolo		2	—
Ernie	Inguinali e	Varicocele		4	—
Ernie	Ombellicali, linea alba, laparoceli			6	1
Laparotomie varie				11	4
Apparato urinario	Nefrectomia			2	—
Apparato urinario	Nefropessia, decorticazione renale			3	—
Apparato urinario	Ureterotomia per calcolosi			1	—
Apparato urinario	Uretrotomia interna per stenosi post-blenorragica			—	1
Apparato urinario	Cistostomie			1	—

			Guarigione	Morte
Organi genitali maschili	Prostatectomie transvescicali		8	2
	Orchiectomie, epididimectomie		5	—
	Idroceli, varicoceli		3	—
Organi genitali femminili	Isteroannessiectomie totali	addominali	17	1
		vaginali	1	—
	Annessiectomie		9	—
	Isteropessie addominali		2	—
	Isteropessie e nefropessie		—	1
	Raschiamenti per endometriti		9	—
Operazioni per varici			6	—
Ossa	Sequestrectomie		4	—
	Osteosintesi		3	—
Operazioni minori			39	—

Il Primario del Reparto di Chirurgia

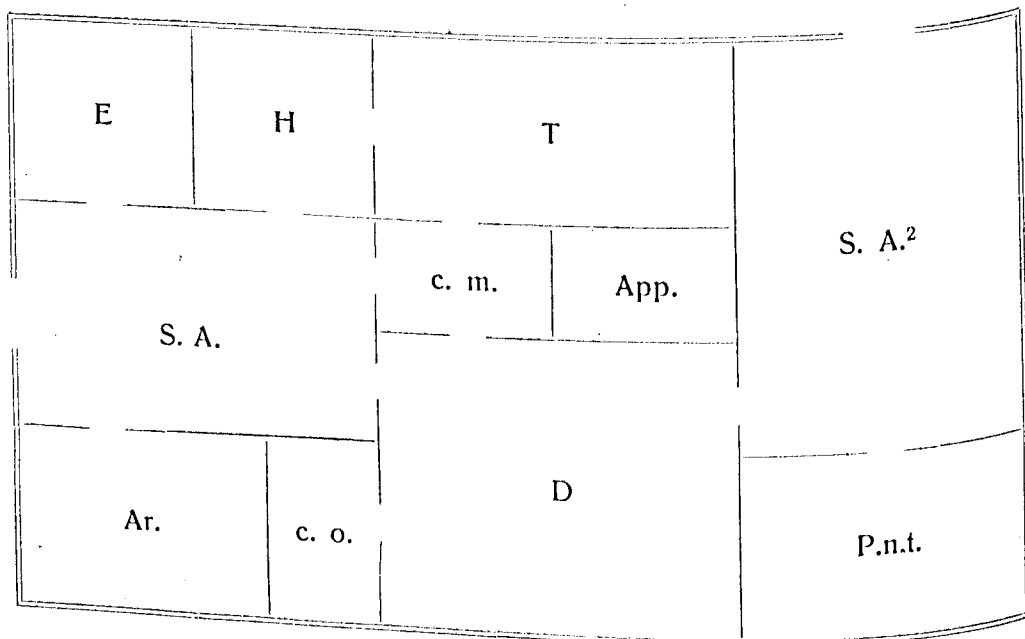
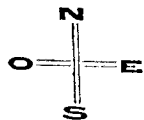
Dr. RUGGERO BOTTESELLE

Istituto di Radiologia e Terapia Fisica

Il reparto di radiologia e terapia fisica nella sistemazione attuale funziona dal 15 Marzo 1927.

Antecedentemente la dotazione si limitava ad un apparecchio tipo U. della Ditta Gorla di Milano e ad un vecchio Pantostato Balzarini per le cure elettriche.

Accedendo alla proposta del Radiologo, con larghezza di vedute encomiabile, l'Amministrazione Ospedaliera volle integralmente attuato il programma di riforma, così che il nuovo Istituto, per abbondanza di materiale, perfezione di apparecchi, accuratezza di mezzi protettivi, rappresenta senza dubbio quanto di più moderno e completo si possa desiderare nel campo della radiologia e terapia fisica.

Mi sia lecito rivolgere un ringraziamento particolare alla Presidenza e alla Direzione, le quali hanno sempre secondata ogni iniziativa rivolta a dare incremento alla più importante delle Pie Istituzioni Cittadine.

Come dalla annessa pianta, il reparto di Radiologia e Terapia fisica, situato a ponente, nel piano - terreno del padiglione chirurgico, si compone di undici vani compresavi la sala per il pneumotorace (Pnt), appartenente però al reparto medico.

Una sala d'aspetto (S.A.) dà accesso all'archivio (Ar.) dove sono conservate le radiografie di tutti gli esami, nonchè i resoconti dettagliati delle indagini e cure praticate.

A Nord, trovasi una saletta per cure elettriche (E), fornita di due Pantostati, bagno elettrico, elettrovibratore, lettino per esami ed altri accessori e di fianco a questa, la sala per le cure di sole artificiale d'alta montagna (H): una lampada tipo Bach, una grande lampada Sollux, un lettino, una ampia stuoia bianca per irradiazioni collettive e filtri rossi e turchini per cromo-terapia, ne completano l'arredamento tecnico.

Da questa sala, per una porta protetta con 5 mm. di piombo, si accede alla sala di terapia profonda (T), corredata di un letto, di uno stativo ad altissimo isolamento e di un apparecchio Jonometrico Solomon di cui il cilindro è protetto opportunamente dietro una parete mobile foderata di piombo la quale permette di collocare la camera di jonizzazione con molta facilità, qualunque si sia la posizione del paziente.

Nella medesima sala è collocato, provvisoriamente, un apparecchio per diatermia, fino ad una migliore sistemazione e più particolare dello stesso.

La protezione dai raggi x è ottenuta mediante un intonaco speciale ai sali di *Ba* di uno spessore corrispondente, come assorbimento, a mm. 5 di *Pb*; la materia venne fornita e il lavoro fatto direttamente dalla Società Anonima Sali di *Ba* di Calolzio (Bergamo).

Tra la sala di terapia e la sala di diagnostica sono il locale dei trasformatori (app) e la cabina di manovra (cm) con i tavoli di comando dei due apparecchi ed anche qui le porte sono protette da 5 mm. di piombo, e portano un cristallo piombifero Antix molto grosso.

I trasformatori costruiti dalla Ditta Gorla di Milano sono del tipo U. U. ed U.: dal primo, più specialmente riservato alla terapia profonda, è possibile erogare 9 M. A. con 45 cm. di scintilla equivalente, dal secondo, riservato ai bisogni della diagnostica, 100 M. A. con 6 cm. di scintilla equivalente.

Ambedue gli apparecchi sono corredati di un sistema di commutazione ad elevato isolamento, il quale permette di utilizzare l'uno o l' altro, sia che si lavori nella sala di diagnostica, sia che si lavori in quella di terapia.

Un aspiratore elettrico raccoglie i gas prodotti dal funzionamento e li manda all'esterno, mentre la temperatura del locale è mantenuta costante a 25° mediante una stufa elettrica a resistenze variabili.

La convenienza di questa sistemazione è senz'altro evidente, anzitutto perchè garantisce all'operatore che stà nella cabina di manovra una perfetta protezione pur consentendogli di sorvegliare gli ammalati sottoposti alle cure ed il funzionamento degli apparecchi, quindi, perchè toglie in gran parte l'aspetto impressionante dei nostri gabinetti il che giova a tranquillizzare gli

infermi, quasi sempre turbati nell'attesa dell'indagine un po' misteriosa cui stanno per essere sottoposti.

Nella sala di diagnostica, molto ampia, trovano posto un clinoscopio della Ditta Gorla, un ortoscopio modernissimo della Ditta Rangoni di Bologna fornito di seriografo, un lettino da adattare all'ortoscopio, per gli esami in posizione laterale e tricliniare, uno stativo a colonna, un apparecchio antidiffusore di Potter - Bucky ed uno stereoscopio della Ditta Rangoni.

Numerose ampolle a gas e a termojoni, due diafanoscopi ed altri accessori, completano la suppellettile di questa parte del gabinetto.

In comunicazione con questa sala trovasi la camera oscura (c. o.) fornita di bacinelle verticali e di un diafanoscopio per riproduzioni fotografiche dei radiogrammi, armadio protetto per pellicole ecc.

Dalla sala di diagnostica si accede ad una seconda Sala di Aspetto (S. A. 2) riservata agli ammalati di forme tubercolari degenti in Ospedale ed anche esterni, che vengono sottoposti alla cura pneumotoracica praticata dal Primario della Sezione Medica nel locale (P. N.) ad hoc.

Non è bisogno di insistere sulla utilità di questo raggruppamento il quale permette un rapido controllo radiologico delle condizioni polmonali in tutti gli ammalati, prima e dopo l'introduzione del gas.

DATI STATISTICI

Il numero degli infermi esaminati raggiunge il totale di 1011, senza contare gli esami che vennero ripetuti nel medesimo soggetto.

Il numero degli infermi sottoposti a röntgenterapia fu di 53 con un totale di 268 applicazioni; gli ammalati nei quali furono praticate cure fisiche varie 62, con un totale di 1419 applicazioni, il che porta a un numero complessivo di applicazioni di terapia fisica di 1687.

Procedendo ora brevemente ad una analisi dei dati statistici troviamo la seguente distribuzione:

Sistema osseo - N. 298, di cui:

Fratture	N.	85
Lussazioni traumatiche	»	9
Lussazioni congenite anca	»	11
Osteomieliti	»	22
Osteiti tubercolari	»	18
Periostiti varie	»	11
Artriti varie	»	24
Artriti tubercolari	»	14
Coxiti specifiche	»	6
Morbo di Perthes	»	3
Osteite deformante cistica	»	1
Cisti solitarie	»	2
Cisti dentigene	»	1

Morbo di Paget	N. 1
Sindrome Matatars: Köller	» 2
Esostosi multiple	» 1
Morbo di Pott	» 9
Spondiliti ed artriti deformanti	» 29
Rachitismo	» 6
Tumori ossei	» 4
Anomalie congenite	» 11
Reperti normali	» 28
	N. 298

Sistema circolatorio - Soggetti 42, di cui:

Stenosi mitraliche	N. 11
Insufficenze mitraliche	» 8
Stenosi dell'aorta	» 1
Pericardite	» 1
Aneurismi dell'aorta	» 2
Cardiopatie secondarie a lesioni renali ecc.	» 7
Aortiti	» 9
	N. 42

Apparato respiratorio - Soggetti 299, di cui:

Tubercolosi polmonare	N. 136
Pneumotorace artificiale	» 35
Pneumotorace spont.	» 2
Ascesso polmonare	» 7
Polmonite	» 4
Antracosi	» 2
Empiema toracico	» 5
Enfisema	» 5
Pleurite	» 47
Cisti da echinococco	» 1
Tumori del mediastino	» 2
Tumori della pleura e del polmone	» 5
Reperto normale	» 48
	N. 299

Apparato digeronte e fegato - Soggetti 340, di cui:

Stenosi dell'esofago neoplastiche	N. 6
Cardiospasmo	» 1
Ulcera gastrica	» 31
Ulcera pilorica	» 9
Tumore gastrico	» 12
Gastrectasie atoniche	» 17
Perigastrite adesiva	» 2
Gastro - enterostomia	» 5
Ulcera dig. in gastro enterostomia	» 3
Ulcera duodenale	» 16
Periduodenite	» 6
Stenosi del duodeno	» 3
Diverticoli duodenali	» 2
Ascaridiosi	» 25

Stenosi del tenue organica	N.	3
Stenosi da ascaridi	»	4
Invaginazione ileo cecale	»	2
Colite	»	23
Appendicite	»	22
Pericolite	»	7
Stipsi	»	28
Cancro del ceco	»	2
Tubercoloma del ceco	»	2
Cancro del sigma	»	1
Cancro del retto	»	2
Resezione colica ed anastomosi	»	2
Peritonite plastica	»	4
Ascesso del fegato	»	2
Colecistite	»	38
Tumore del fegato	»	4
Reperto normale	»	56
	N.	340

(Colecistografie N. 58)

Apparato uropoietico - **Soggetti 32**, di cui:

Calcolosi renale	N.	7
Calcolosi ureterale	»	3
Ptosi renale dolorosa	»	4
Paranefrite	»	3
Tumore renale	»	1
Calcolosi vescicale	»	2
Tumore della vescica	»	1
Idronefrosi	»	3
Reperto normale	»	8
	N.	32

(Pielografie N. 19)
(Cistografie N. 4)

Terapia - **Soggetti 53**, di cui:

Miomi dell'utero	N.	1
Metropatie emorragiche	»	9
Cancro della mammella (irradiazione post-operatoria)	»	6
Cancro della tiroide	»	1
Cancro della commessura labiale	»	2
Linfosarcoma retrofaringeo	»	1
Linfogranuloma maligno	»	1
Linfoni tubercolari	»	12
Lupus volgare	»	4
Epitelioma cutaneo	»	4
Condilomi accuminati	»	1
Eczema	»	2
Tigna	»	9
	N.	53

Complessivamente quindi 1011 esami e 1687 applicazioni di teràpia fisica: cifre notevoli se si pensi che riflettono l'attività di *soli nove mesi e mezzo e non di una intera annata.*

E' lecito supporre che negli esercizi successivi si avrà un incremento maggiore, trattandosi di mezzi terapeutici nuovi per l'ambiente e dei quali non è generalmente ben nota l'efficacia nel trattamento di svariate forme morbose.

Procedendo brevemente ad un esame della statistica, risalta il notevole numero di lesioni traumatiche dello scheletro, controllate radiologicamente.

L'importanza stessa della cifra (circa un terzo degli esami complessivi dello scheletro) mostra come i medici abbiano compreso il valore terapeutico e sociale di un completo accertamento diagnostico, proprio in quel campo nel quale fino a pochi anni, da taluno, si riteneva inutile il soccorso della radiologia.

Anche qui per contro l'indagine R" ha dato i suoi frutti, non solo nello scoprire la causa di certe sofferenze, ma spesso indicando al Clinico segni esterni che l'esperienza ha poi reso caratteristici e quasi patognomonici di lesioni, dapprima confuse.

Sarebbe interessante a questo proposito riferire numerosi casi di fratture poco comuni, ma certo più frequenti di quanto non si creda; fratture dei sesamoidi dell'alluce, fratture parcellari di varie ossa, le forme più lievi di infrazione del polso, del calcagno ecc., le quali mentre spesso non sono clinicamente identificabili, traggono seco una coorte di disturbi funzionali della maggiore importanza.

Il passare in rassegna i casi più notevoli osservati nella patologia dello scheletro sarebbe del massimo interesse, ma richiederebbe una trattazione adeguata, quale non può trovar posto in un rendiconto statistico.

Non posso tuttavia passare sotto silenzio un caso raro di distacco epifisario del dente dell'epistrofeo, una torso-lussazione dell'atlante sull'epistrofeo e tre casi di lussazioni anteriori dell'atlante con frattura dell'apofisi odontoide, nessuno dei quali seguito da morte, nessuno accompagnato da gravi e permanenti fenomeni di sofferenza nervosa, il che ancora una volta conferma la grande tolleranza dell'asse midollare, e sfata la leggenda della mortalità altissima nelle lesioni traumatiche della colonna cervicale.

Molto importanti, per rarità e per natura, furono i casi di morbo di Paget, di osteite deformante cistica e i due casi di sindrome metatarsale di Köller, le cui caratteristiche furono oggetto di varie comunicazioni ai Congressi Regionali ed al Congresso Nazionale di Radiologia Medica.

Nel campo della diagnostica dell'apparato respiratorio è da rilevare il numero impressionante dei casi di tubercolosi polmonare.

Mi è parso utile a questo proposito di confrontare il numero delle forme *bilaterali gravi*, venute in esame negli ultimi cinque anni, ed ho potuto rilevare, non solo una graduale diminuzione percentuale delle stesse, ma ciò che più importa, un aumento progressivo dei casi con lesioni iniziali, del

che va data lode da un lato ai Comitati Antitubercolari, che hanno saputo mettere allo scoperto una piaga ancora troppo celata, dall' altro ai Medici, che oggi sentono incombere su di loro il peso di una maggiore responsabilità, verso l' individuo e verso la società.

Accertare precocemente un tubercoloso non è soltanto il mezzo più efficace per vincere la battaglia contro il morbo, ma è snidare un nemico nascosto, è proteggere altri individui, è conservare alla Patria forze sane, attive, produttrici.

Tra i casi più interessanti ricorderò il seguente, come quello il quale dimostra la necessità che hanno il Radiologo ed il Medico di procedere insieme.

Trattavasi di una giovane donna sposa da quattro anni, aveva avuto quattro figli morti nei primi mesi di vita, non aveva sofferto di alcuna malattia importante.

Si presentava all' esame per certi doloretti toracici accompagnati da modiche elevazioni febbrili (37 - 37.5): aspetto di malata grave, cute terrea, mucose pallide, nutrizione mediocre, non catarro, pochissima tosse.

L' indagine radiologica pone in evidenza una opacità ilare a destra che non è la comune opacità dei vasi e degli altri elementi che compongono radiologicamente l' ilo, ma molto più intensa, mentre tutto il polmone è assolutamente normale.

Colpisce il contrasto tra la lievità *apparente* del rilievo radiologico e la gravità dello stato generale. Le morti successive di tutti i figli nell'ambito dei primi due o tre mesi di vita, suggeriscono che alla loro sorte debba avere influito quella medesima causa che va debilitando la madre.

Non potendosi escludere a priori una lesione indovata in altro organo, viene inviata per esame ad un distinto Collega con preghiera, dove l' esame lo consigliasse, di praticare una siero-reazione di Wassermann.

La risposta clinica e quella della sierodiagnosi confermano l' esistenza sospettata di una lues.

Il caso seguente mostra quale grande prudenza debba sempre vigilare sulle risposte del radiologo, specialmente in questo campo della patologia. Una donna viene inviata per esame dell' apparato respiratorio, sospettandosi gravissime lesioni tubercolari del lobo superiore destro.

L'esame radiologico mette in evidenza un opacamento del lobo polmonare superiore di destra con una netta demarcazione corrispondente all'interlobo.

Il resto del polmone destro è assolutamente normale, nulla di anormale a sinistra.

Si emette il sospetto di forma neoplastica, e la diagnosi viene poi confermata dall'autopsia eseguita in un Ospedale dove la malata era stata successivamente ricoverata.

Nel campo della diagnostica cardio-vascolare è degno di rilievo il grande numero delle stenosi mitraliche, il quale non risponde tanto alla sua frequenza reale quanto alla facilità con che questo vizio determina emorragie nell' ambito dell' apparato respiratorio.

Diffatti la maggioranza dei casi esaminati, 9 su 11, furono inviati per accertamenti polmonari, sospettandosi una lesione tubercolare.

Questo fatto non può sorprendere se si pensi alla difficoltà diagnostica che singoli casi possono presentare e alla non rara concomitanza di lievi elevazioni termiche connesse talora a fatti di endocardite o a lesioni infiammatorie di altri organi.

La diagnostica dell'apparato digerente ed annessi rappresenta come sempre il più ricco contributo di casi.

Questo dipende probabilmente dai disagi che sopportano i nostri emigranti, dalla cattiva alimentazione, e troppo spesso dalla perniciosa abitudine del bere smoderatamente.

Discorrendo i dati statistici, trovo sei casi di stenosi neoplastica dell'esofago, tutti al livello del cardias, noto in proposito che sopra 28 casi studiati in 5 anni, 3 soli risiedevano al ristringimento aortico, gli altri tutti al cardias.

Venendo alle ulceri gastriche e duodenali, mentre fino ad un anno e mezzo fa la percentuale di quelle risiedenti nel duodeno costituiva la maggioranza, in questo ultimo periodo la frequenza delle une e quella delle altre si è venuta equilibrando.

Dei tumori dello stomaco sono importanti 3 casi nei quali l'invasione interstiziale dell'organo appariva così radiologicamente discreta, da offrire non piccola difficoltà alla diagnosi.

La mancanza di reperti autoptici mi toglie di estendermi sulla peculiare loro natura.

Delle ulceri in gastroenterostomia ricordo soltanto un caso con fistola digiuno colica.

Molto interessanti 3 casi, venuti in esame a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro con stenosi del duodeno da posizione, di cui uno controllato chirurgicamente.

Nel campo delle stenosi intestinali dirò soltanto di quattro ammalati con sintomi netti di ostacolata canalizzazione, la quale risultò dipendere da gomitoli di ascaridi; dopo un anno dalla cura antielmintica più volte ripetuta, tutti gli ammalati stanno bene; giova ricordare che in due di essi i disturbi, più o meno gravi, duravano da oltre un anno e negli altri già da qualche mese!

Nei riguardi della patologia appendicolare voglio richiamare l'attenzione *sulla scarsissima percentuale delle appendiciti rispetto al numero totale dei pazienti esaminati* (22 sopra 340).

Nell'ambito della diagnostica delle vie biliari le colecistografie raggiungono il numero di 64.

Furono tutte praticate per via endovenosa ed in nessun caso ebbesi mai a lamentare altro inconveniente di una leggera emicrania e di un senso diffuso di calore, particolarmente al capo, disturbi scomparsi rapidamente iniettando un milligr. di adrenalina.

Rispetto al valore del metodo di Graham e Cole è da dire che i risultati più importanti si hanno allorquando la vescichetta biliare non si inietta

e quando la tetraiodo consente di vedere formazioni calcolose altrimenti non rilevabili.

Va consigliata però la maggiore prudenza di responsi in tutti i casi, poichè talvolta anche la mancata iniezione della colecisti non risponde affatto ad una ostruzione del cistico, come certe ombre tanto caratteristiche, da parere sicuramente calcolose, possono venire determinate da modiche quantità di gas nel duodeno o nel tenue o nel crasso.

Reperti del massimo valore sono offerti dalla pielografia la quale consente una singolare perfezione diagnostica nell'ambito delle malattie renali.

L'esito più o meno brillante di un intervento operativo può essere talvolta deciso da una completa o deficiente ricerca radiologica.

Per la rarità del caso ricorderò una calcolosi ureterale di ambo i lati, di cui la letteratura chirurgica registra finora 27 casi soltanto.

Nei riguardi della terapia conclusioni di un certo interesse non si possono ricavare se non dall'esame di un gran numero di pazienti ed è pertanto che io mi riservo di riassumere nel venturo anno le conclusioni deducibili dalla pratica di sei anni.

Noto incidentalmente come non sempre le forme che più avvantaggiano dalla terapia R" siano quelle che più numerose ci vengono inviate, così mentre le affezioni maligne, scarsamente sensibili sono inviate al Radiologo relativamente spesso, altre come i fibromiomi dell'utero sono inviate raramente (uno in un anno).

D'altro canto anche le forme maligne vengono per lo più in uno stadio tardivo, quando ormai poco resta da fare.

Circa la terapia elettrica con la quale si trattarono molti ammalati per forme di paralisi periferiche, talora assai gravi e per malattie d' altra indole i risultati furono alquanto soddisfacenti.

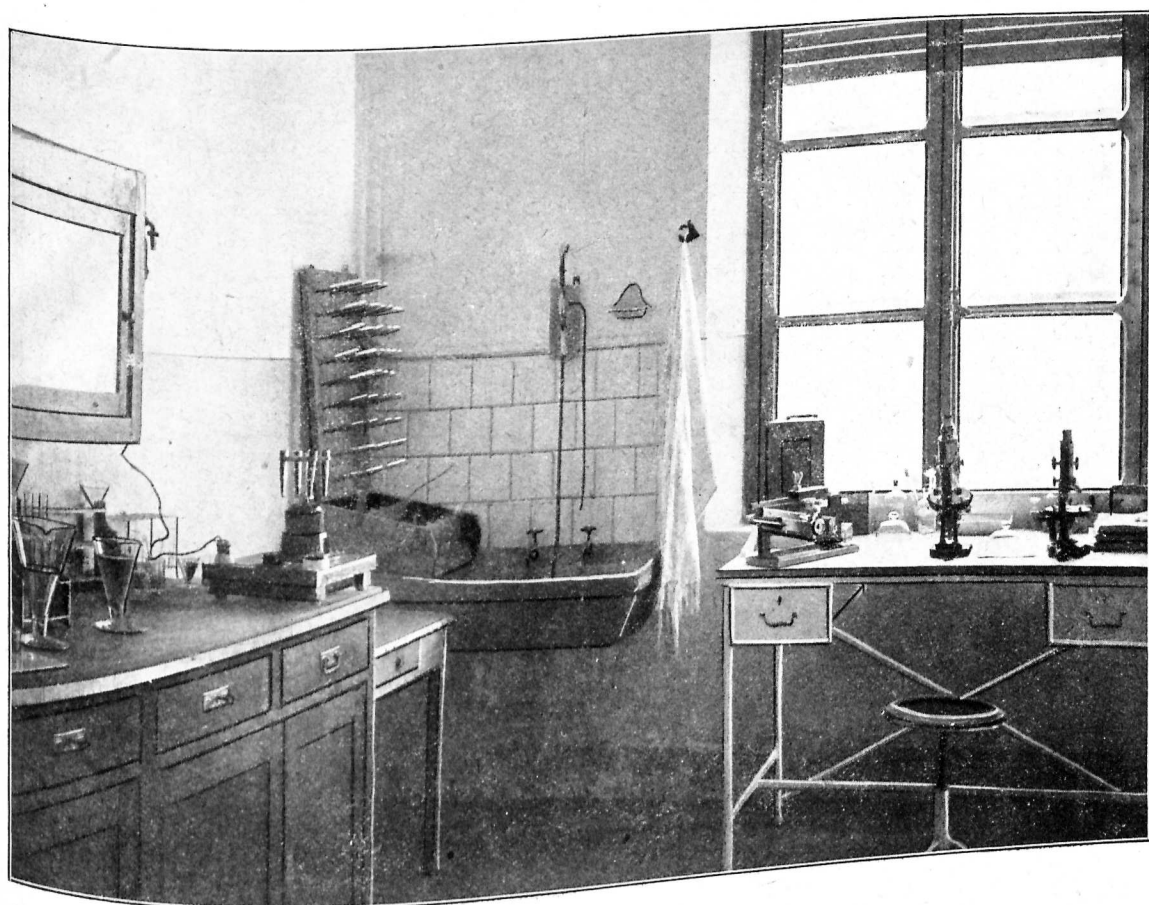
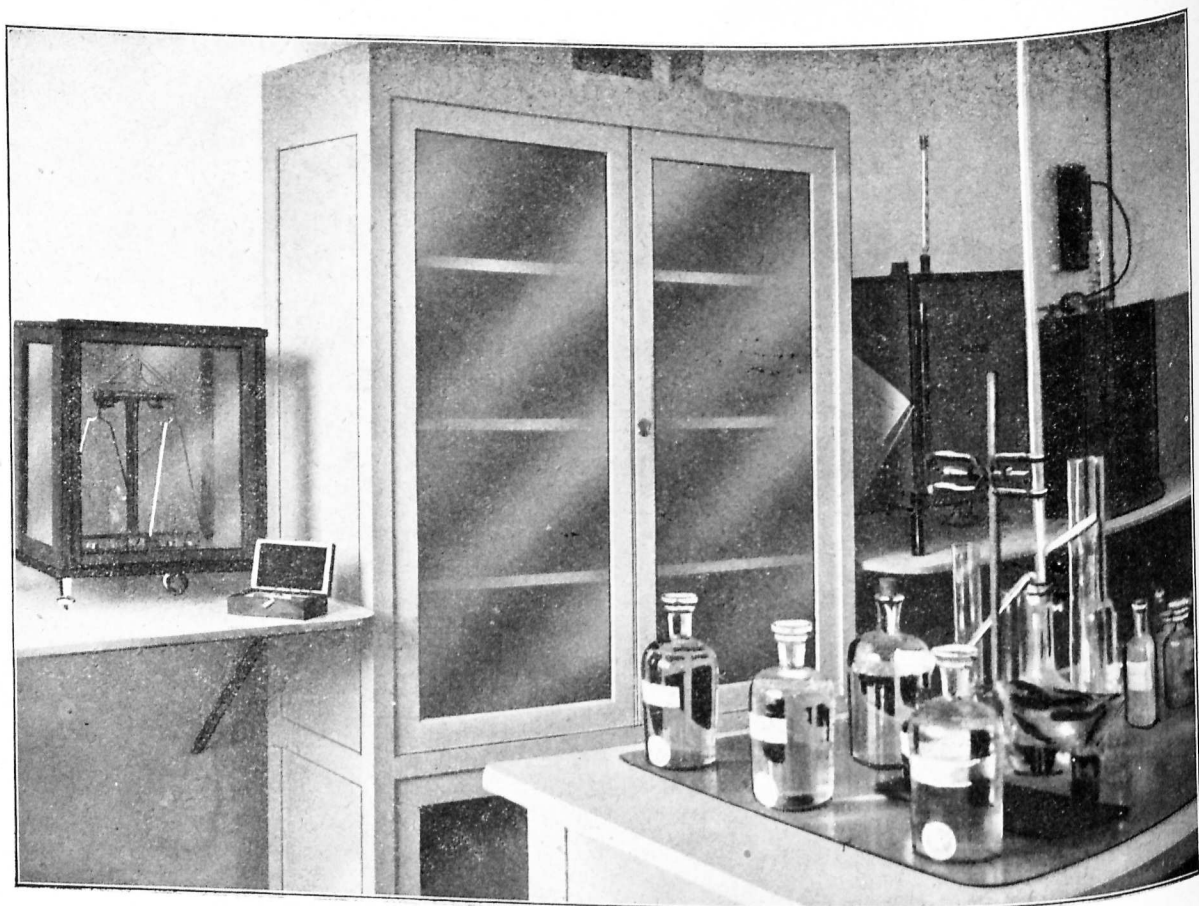
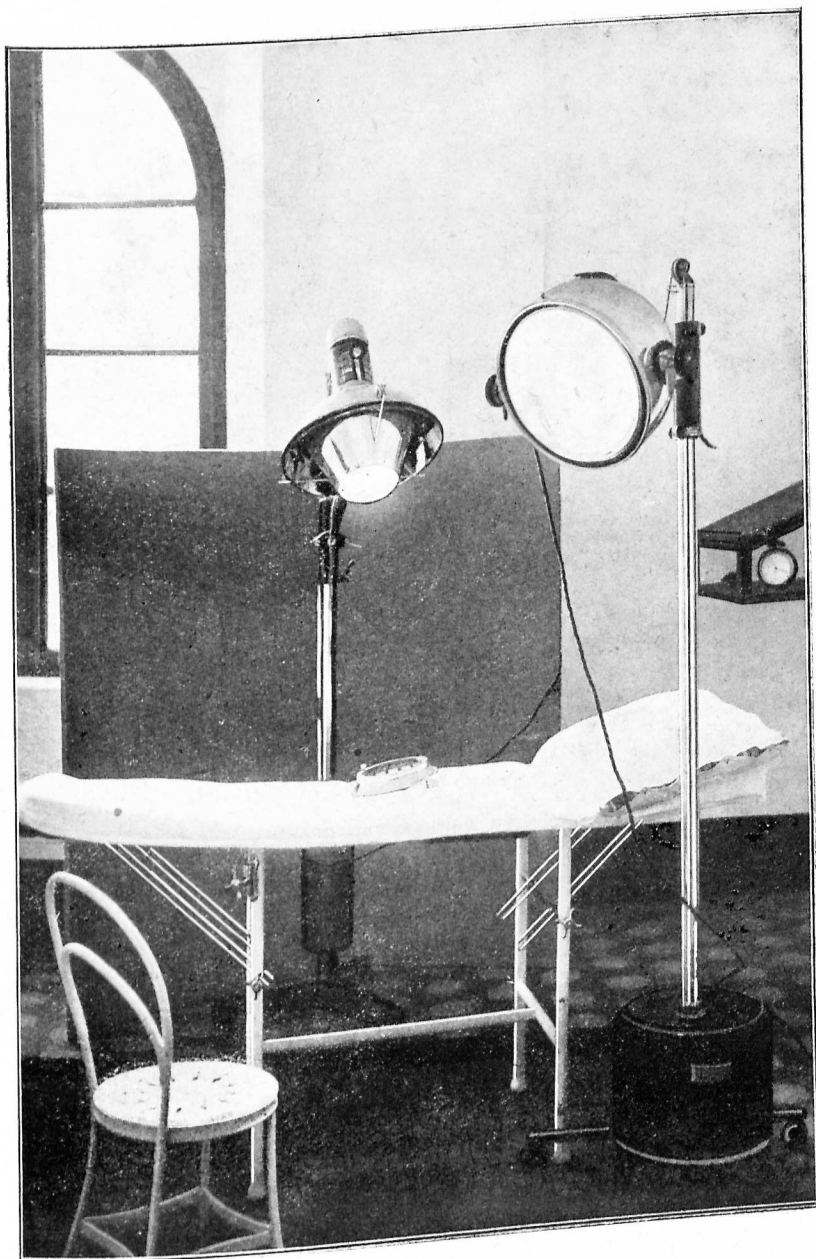
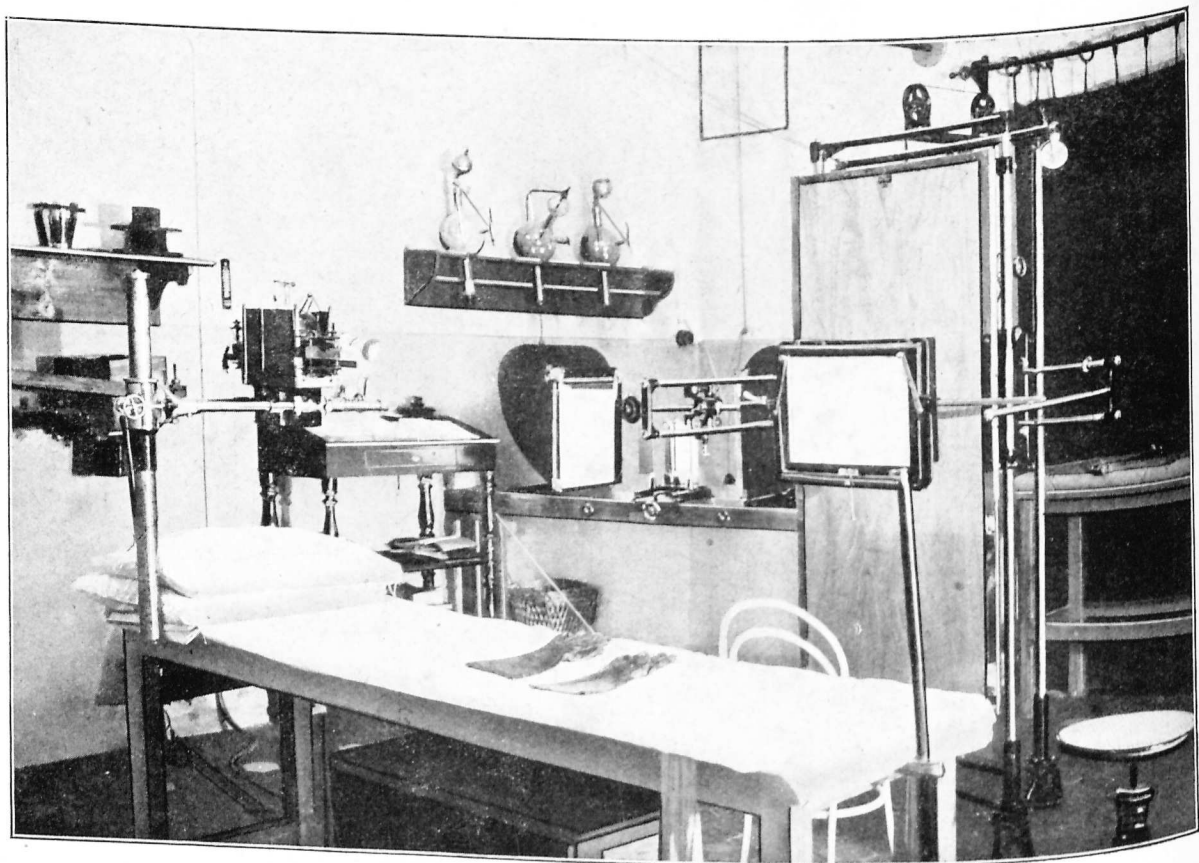
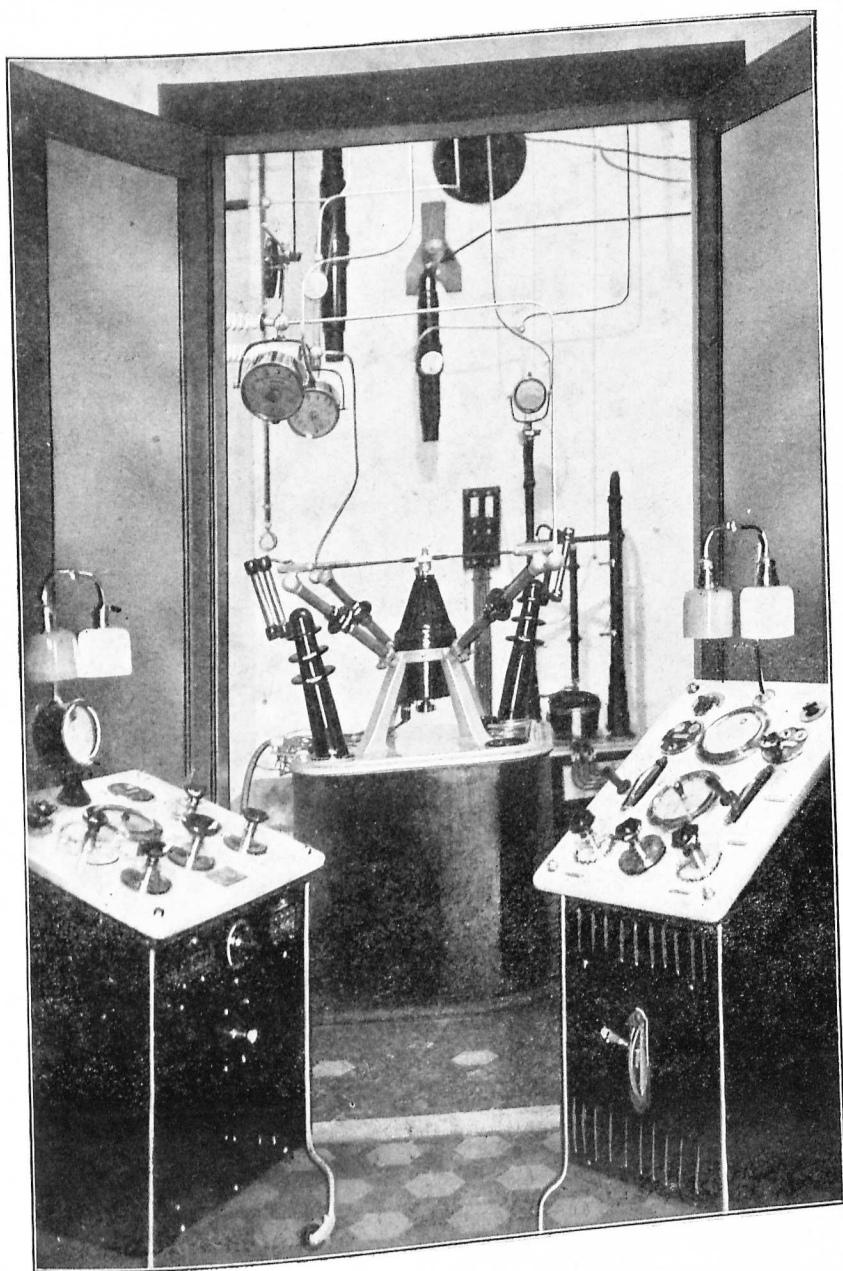
Non voglio lasciare questa occasione per denunziare il pericolo inerente all'impiego irrazionale, e pertanto pericoloso, di certi piccoli apparecchi a faradica, i quali vengono affidati a chiunque come una cosa *che se non farà bene non potrà far male.*

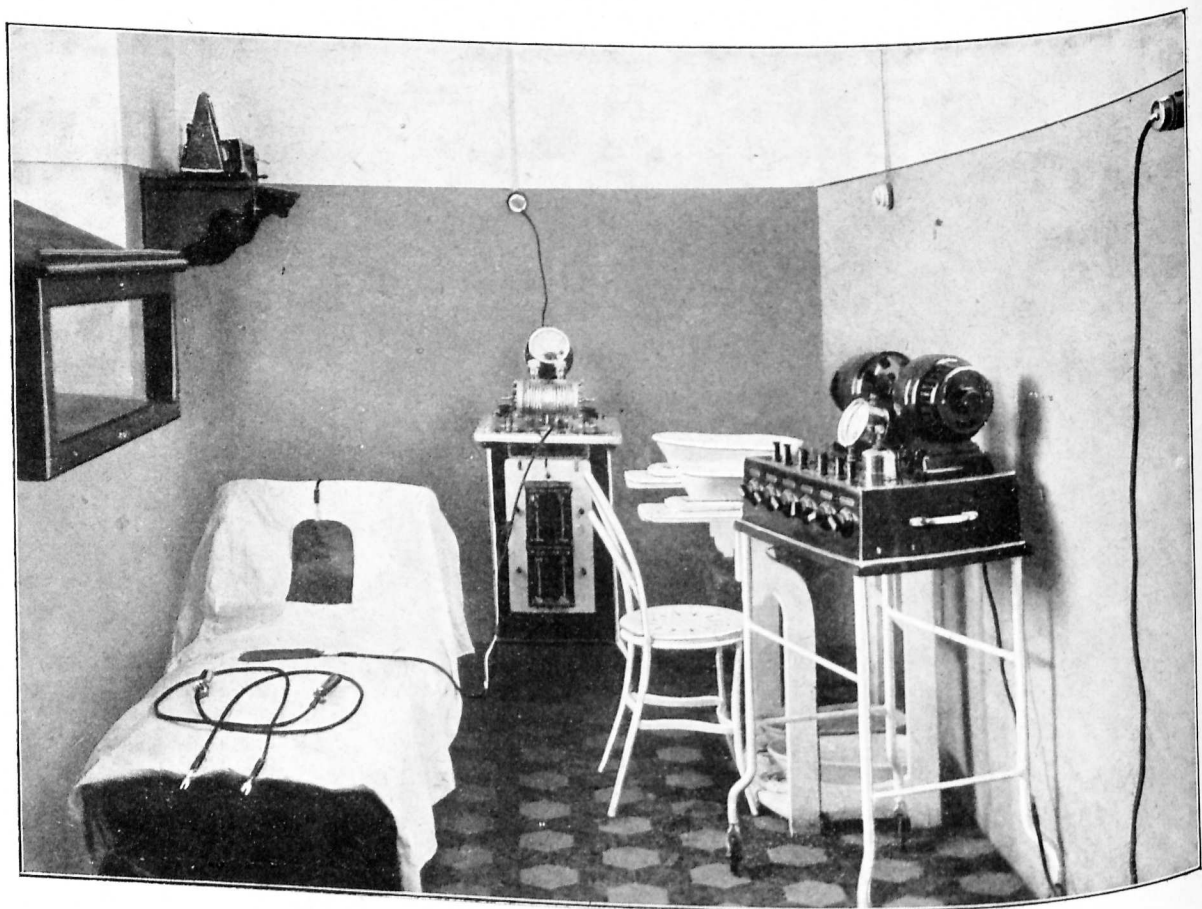
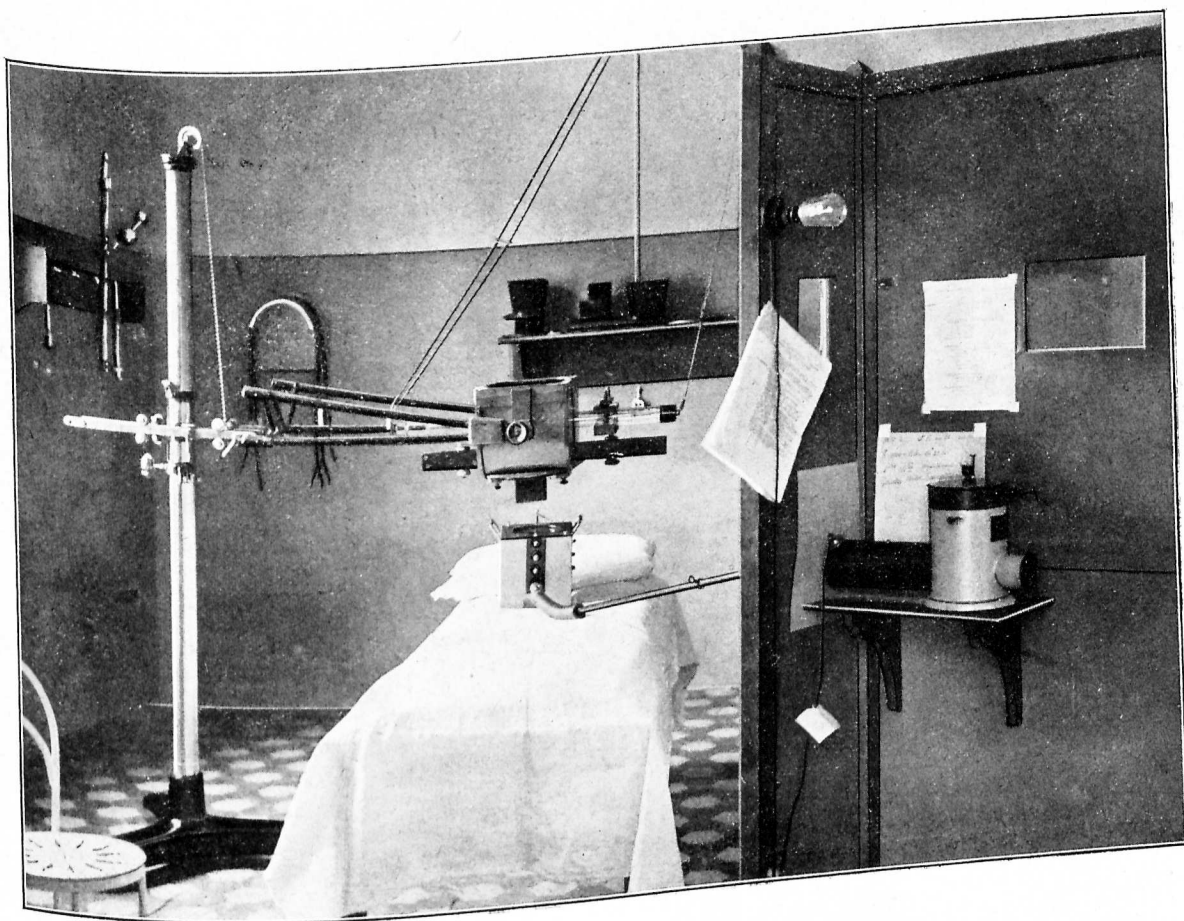
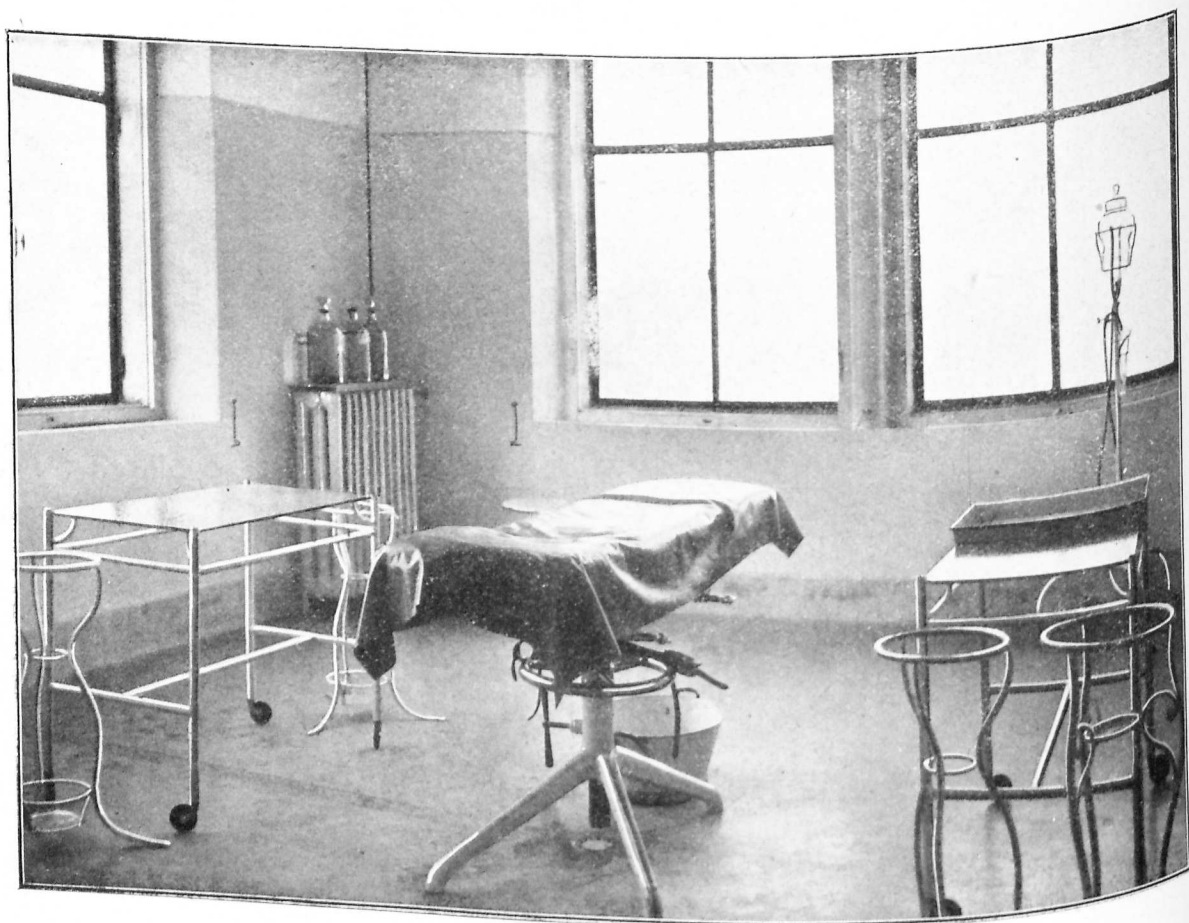
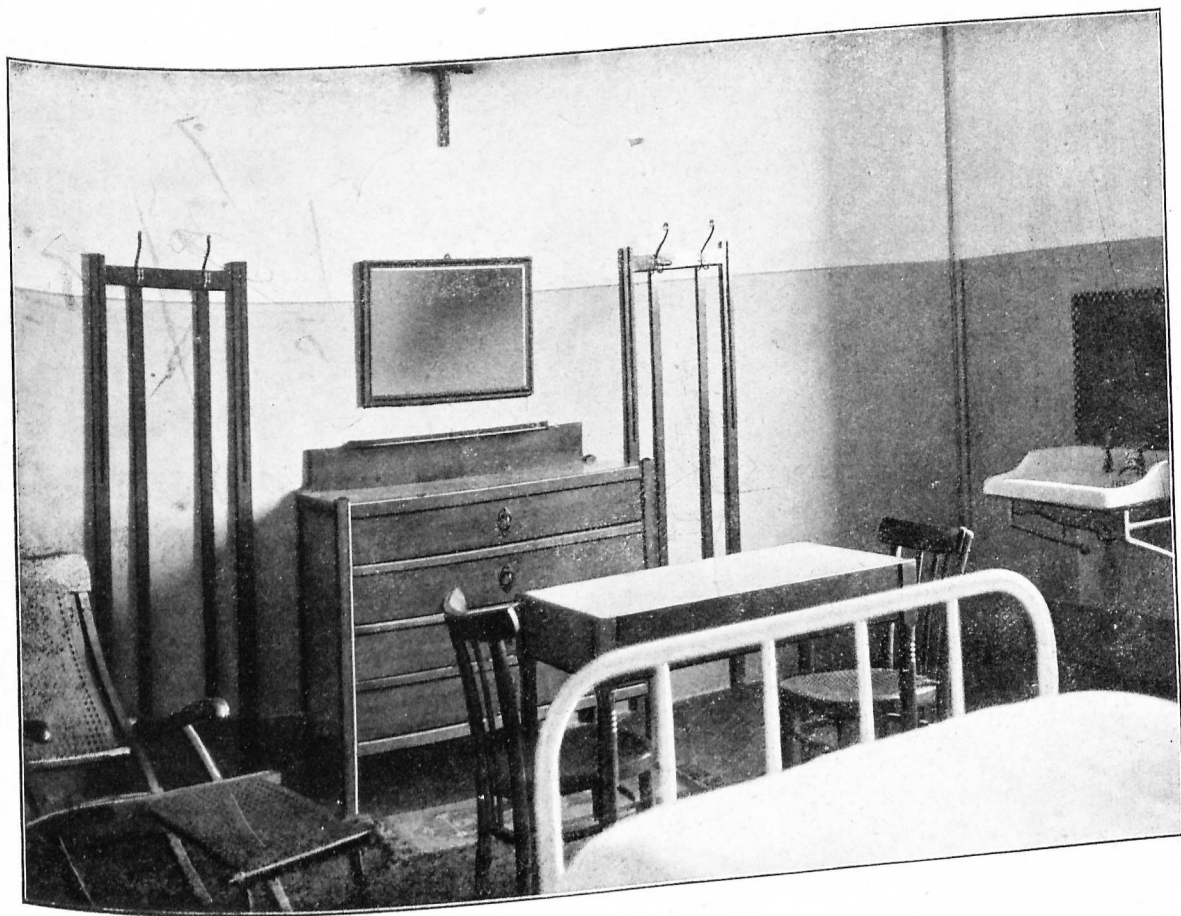
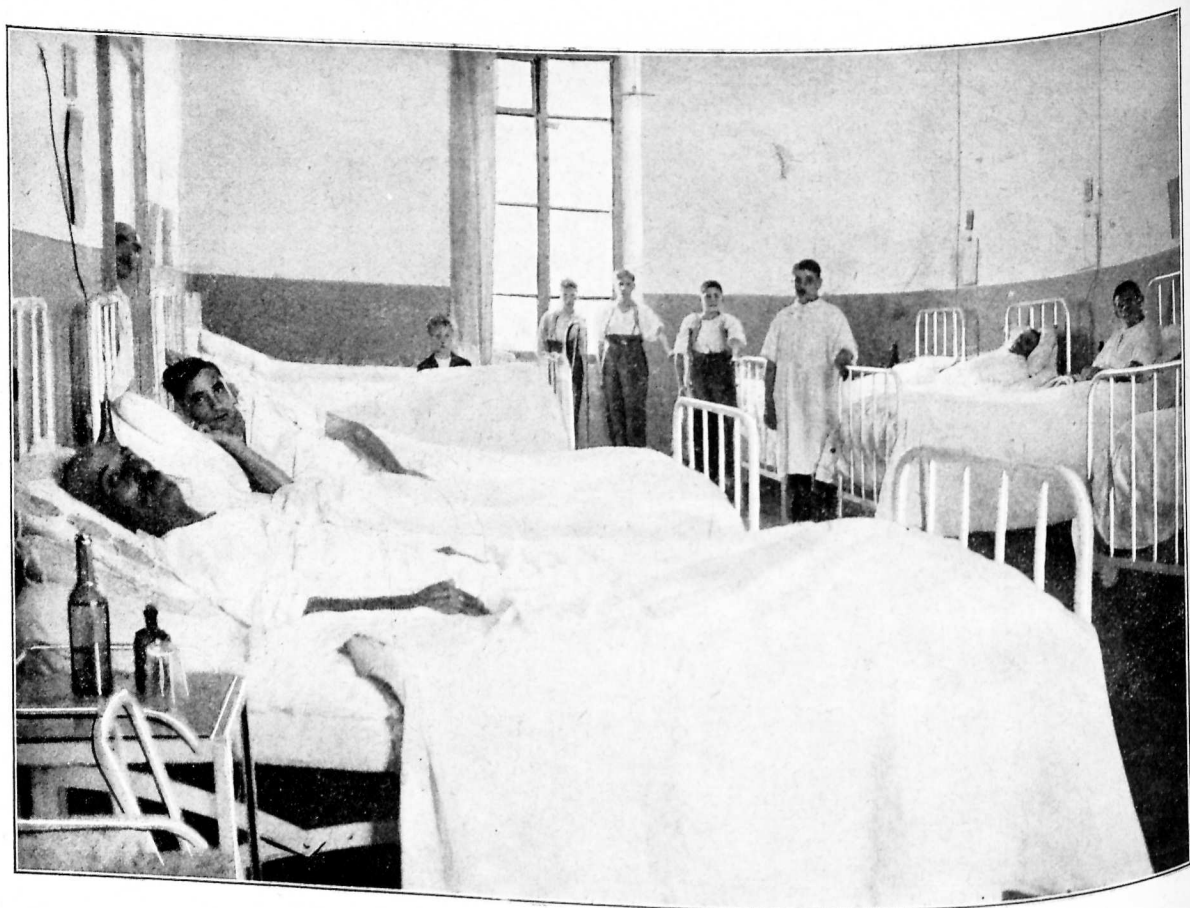
Non solo non farà bene, ma farà certamente male, particolarmente nel trattamento di alcune lesioni periferiche dei nervi, dove il cattivo impiego della elettroterapia può condurre a paralisi definitive.

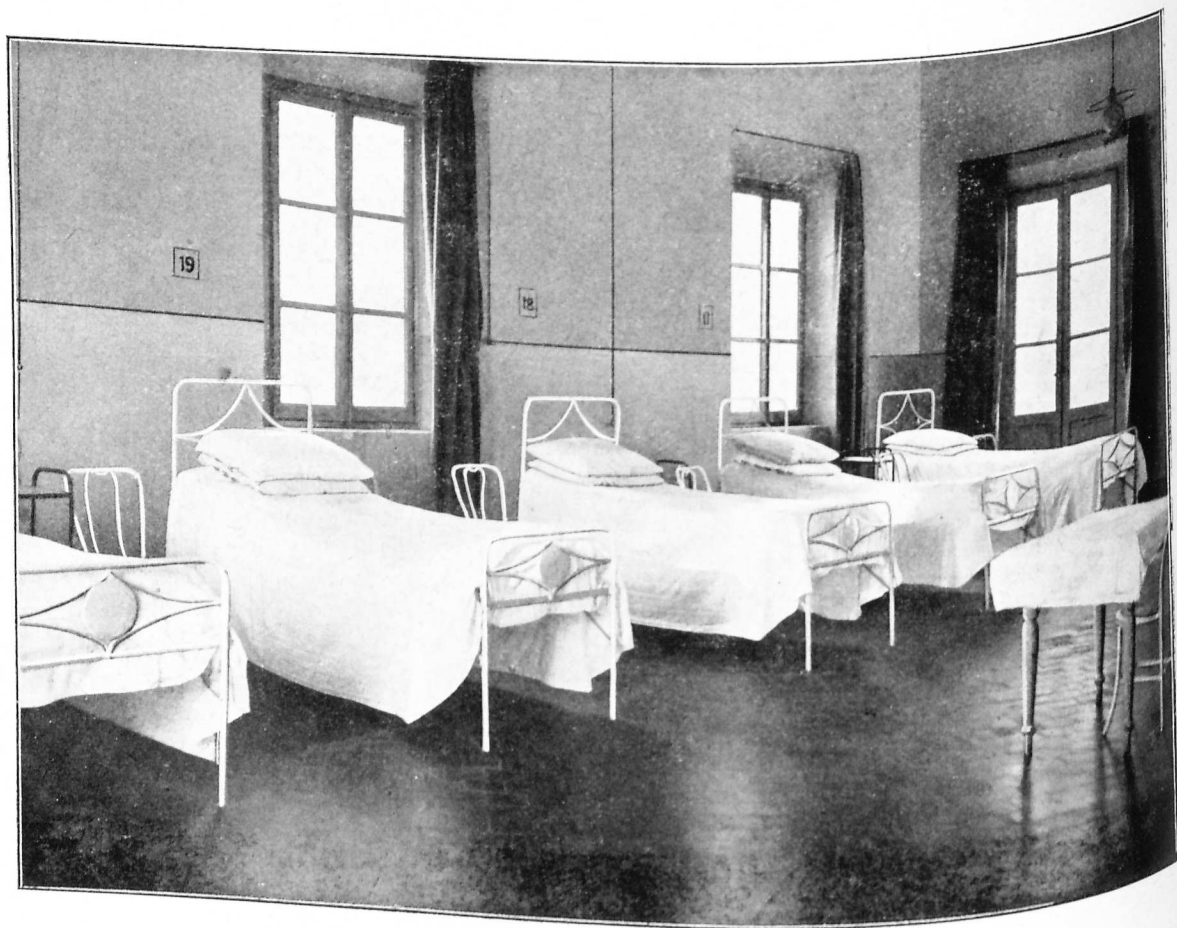
Risultati ottimi e talora sorprendenti, furono ottenuti dall' impiego della elioterapia in casi di rachitismo, negli stati linfatici, nelle pleuriti ecc.

Molto brillanti pure i risultati ottenuti dalla diatermia specialmente in forme di nevrite sciatica e nelle artriti reumatiche, nonchè in molteplici stati dolorosi di varia natura.

Buoni risultati si ebbero colla diatermo - coagulazione nella cura di angiomi cutanei nel lupus, in qualche epitelioma della cute e nella correzione cosmetica di cicatrici deformanti del volto.

Il Primario Radiologo
Dr. MARCO VIETTI

Gabinetto di Microscopia

Gabinetto di Batteriologia e Chimica Clinica

Gabinetto per Elioterapia

Sala di Diagnostica

Locale Apparecchi e Cabina di Manovra

327

Gabinetto di Elettrologia e Diatermia

Sala di Röntgenterapia

Reparto Chirurgia - Sala Operatoria

Reparto Chirurgia – Camera per Dozzinanti

Reparto Chirurgia – Sala Comune

Reparto Medicina – Camera per Dozzinanti

Reparto Medicina – Sala Comune

LAVANDERIA

Lavanderia